

# نظریه های مشاوره

(دیدگاههای مشاوره)

نوشته

لویس شیلینگ

ترجمه

دکتر سید خدیجه آرین

استاد یار دانشگاه علامه طباطبائی



# نظریه های مشاوره

(دیدگاه های مشاوره)



# نظریه های مشاوره

(دیدگاههای مشاوره)

نوشته

لویس شیلینک

ترجمه

دکتر سید خدیجه آری

استادیار دانشگاه علامه طباطبائی



انتشارات اطلاعات

تهران - ۱۳۹۰



Shilling, Louis E.

سرشناسه: شیلینگ، لوئیس  
عنوان و نام پدیدآور: نظریه‌های مشاوره (دیدگاههای مشاوره) / نوشته‌ی لوئیس شیلینگ؛ ترجمه‌ی خدیجه آرین  
وضعیت ویراست: [ویراست ۲]  
مشخصات نشر: تهران: اطلاعات، ۱۳۸۲  
مشخصات ظاهری: ۳۸۲ ص: مصور، نمودار، جدول  
شابک: 978-964-423-510-8  
یادداشت: عنوان اصلی: Perspectives on counseling theories  
یادداشت: چاپ نهم: ۱۳۹۰ (فیبا)  
یادداشت: کتابنامه: ص. [۳۶۱] - ۳۸۲  
عنوان دیگر: دیدگاههای مشاوره  
موضوع: روان‌درمانی  
موضوع: مشاوره  
شناسه افزوده: آرین، خدیجه، ۱۳۳۳ - ، مترجم  
شناسه افزوده: مؤسسه اطلاعات  
رده‌بندی کنگره: ۱۳۸۲ ۹۶۸۰ / ش RC  
رده‌بندی دیویی: ۶۱۶ / ۸۹۱۴  
شماره کتابشناسی ملی: ۴۵۵۵ - ۸۲



#### انتشارات اطلاعات

تهران: خیابان میرداماد، خیابان نفت جنوبی، روزنامه اطلاعات، شماره پستی ۱۵۴۹۹۵۳۱۱۱  
تلفن: ۲۹۹۹۳۴۵۵۶  
تلفن دفتر توزیع و فروش: ۲۹۹۹۳۲۴۲  
فروشگاه مرکزی: بزرگراه حقانی، روبروی ایستگاه مترو، ساختمان روزنامه اطلاعات، تلفن: ۲۹۹۹۳۶۸۶  
فروشگاه شماره (۱): خیابان انقلاب اسلامی، روبروی دانشگاه تهران، تلفن: ۶۶۴۶۰۷۳۴

نظریه‌های مشاوره (دیدگاههای مشاوره)

نوشته‌ی لوئیس شیلینگ

ترجمه‌ی دکتر سیده خدیجه آرین

حروف نگاری، چاپ و صحافی: مؤسسه اطلاعات

چاپ اول: ۱۳۷۲ چاپ نهم: ۱۳۹۰ شمارگان: ۲۱۰۰ نسخه

قیمت: ۴۰۰۰ تومان

ISBN: 978-964-423-510-8

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۴۲۳-۵۱۰-۸

Printed in Iran

همه حقوق چاپ و نشر برای ناشر محفوظ است.

تقديم به:

همسر م



## فهرست مطالب

۱۱	پیشگفتار چاپ چهارم
۱۳	پیشگفتار مترجم
۱۷	پیشگفتار
۱۹	دیباچه
۲۳	فصل اول: مقدمه
۴۷	فصل دوم: روانکاوی
۸۹	فصل سوم: روان‌شناسی فردی
۱۲۷	فصل چهارم: تحلیل تبادل
۱۶۱	فصل پنجم: درمان منطقی-هیجانی
۱۸۷	فصل ششم: واقعیت درمانی
۲۱۱	فصل هفتم: رفتار درمانی
۲۴۷	فصل هشتم: گشتالت درمانی
۲۷۷	فصل نهم: درمان مراجع محوری
۳۱۱	فصل دهم: رشد منابع انسانی
۳۵۷	فصل یازدهم: سخن پایانی: دیدگاه من در مورد دیدگاهها
۳۶۱	منابع و مراجع



## پیشگفتار چاپ چهارم

واقعیت این است که در میان کتابهای نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی که مکاتب و دیدگاه‌های مختلف را از يك بعد تحلیلی مورد توجه قرار داده‌اند، کتاب حاضر مورد توجه بوده و از امتیازات زیادی برخوردار است و به همین دلیل به عنوان یکی از کتب اصلی رشته مشاوره و روان‌درمانی مورد استفاده و استقبال اساتید، دانش‌پژوهان و دانشجویان قرار گرفت و موجب شد تا به طور مکرر تجدید چاپ شود.

اظهار نظرهای دانشجویان، همکاران و خوانندگان این کتاب در چند سال گذشته جمع‌آوری و در بازخوانی کلی کتاب مورد استفاده قرار گرفت.

از همین رو امتیاز چاپ حاضر با دفعات قبل در این است که برخی عبارات و ترجمه‌ها مورد تجدیدنظر قرار گرفت و عبارات روان‌تر جایگزین گردید. همچنین واژه‌ها و معادل‌های تخصصی نیز مورد بازبینی قرار گرفت و در مواردی که نیاز به اصلاحات داشت تغییرات لازم صورت گرفت.

امیدوارم که باتلاش به عمل آمده کتاب حاضر بتواند مورد استفاده بیشتری قرار گیرد و رضامندی خوانندگان را بیش از پیش فراهم آورد. در عین حال مترجم خود را از

هر گونه اظهار نظر بی‌نیاز نمی‌داند. لازم است از کارکنان انتشارات مؤسسه اطلاعات به خاطر انجام اقدامات کلی سپاسگزاری نمایم.

سیده خدیجه آرین

فروردین ۱۳۸۲

## پیشگفتار مترجم

نظر به اینکه رشته مشاوره بعد از يك دوره فترت دوباره توجه روزافزونی را به خود جلب کرده و می‌رود تا ضمن پیدا کردن جایگاه واقعی خود، به عنوان روشی برای درمان بسیاری از ناهنجاریها و اختلالات رفتاری اقشار مختلف مردم مورد استفاده بیشتر واقع شود. بنابراین لزوم مطالعه و دقت در نظریه‌پردازان مشاوره و تکنیک‌های آن و همچنین متون جدید منتشره در این خصوص، بیش از پیش اهمیت پیدا می‌کند. اینجانب به عنوان کسی که سالها این واحد درسی را تدریس نموده و کار عملی مشاوره را تجربه کرده‌ام، کتاب حاضر را یکی از متون بسیار جالب و خواندنی یافتم که دارای نکات مثبت و متمایزی است که به چند مورد آن ذیلاً اشاره می‌کنم. امیدوارم دانشجویان دوره‌های کارشناسی و کارشناسی ارشد رشته مشاوره با دریافتی جدید از نظریه‌های مشاوره آشنا شوند و در عین حال نیز دانشجویان دیگر رشته‌های وابسته و کلیه کسانی که عملاً مشاوره را تجربه می‌کنند و نیز سایر علاقه‌مندان به اینگونه متون نیز از آن استفاده ببرند.

۱. هر مشاور می‌بایست نظریه یا دیدگاه خاص خود را داشته باشد و ضمناً از نقطه نظرات دیگران نیز مطلع باشد. نظریه یعنی چارچوبی که مشاور در آن به طور منظم کار می‌کند و بدان وسیله بر بعضی از مطالب تأکید و بعضی دیگر را نادیده می‌گیرد. این کتاب



نقطه نظرات افراد مختلف را در این مورد بیان می‌دارد (۹ نظریه).

۲. دکتر شیلینگ با دیدی روشن بدون هر نوع تعصب قومی، نژادی، فرهنگی و جنسی سعی در معرفی این نظریه‌ها دارد.

۳. هر فصل اختصاص به یک نظریه دارد که علاوه بر تشریح نظریه به ابتکار نویسنده، سه بخش دیگر تحت عنوان واژه‌نامه، پژوهش و ارزیابی برای درک بهتر خواننده گنجانده شده است. در بخش واژه‌نامه نویسنده قبل از معرفی هر نظریه واژه‌های مورد استفاده را جدا کرده و در این قسمت به طور مستقل تعریف می‌نماید. این کار به خواننده کمک می‌کند تا قبل از مطالعه هر نظریه با کلمات و واژه‌های کلیدی آن آشنا شود و در هنگام مطالعه هر نظریه سؤال یا مشکل کمتری داشته باشد. بعد از معرفی هر نظریه در بخش پژوهش به تحقیقات و پژوهشهایی اشاره می‌کند که در هر مورد انجام گرفته و جزئیات و نتایج هر پژوهش را ذکر می‌کند. در پایان هر فصل بخشی تحت عنوان ارزیابی آمده است که در آن نویسنده نقاط ضعف و قوت آن نظریه را با توجه به دلایل و شواهد جمع‌بندی کرده، آن را نقد می‌نماید. به این ترتیب نویسنده هر نظریه را نه تنها توضیح می‌دهد بلکه آن را با شیوه‌ای موشکافانه مورد ارزیابی و نقد قرار می‌دهد و این ویژگی کتاب آن را از سایر متون مشابه متمایز می‌کند. مجموعه مطالب هر فصل به خواننده کمک می‌کند تا دید روشن، واقع‌بینانه و منطقی از هر نظریه داشته باشد.

نویسنده در ابتدای کتاب بر این نکته تأکید می‌کند که واژه‌هایی مانند نظریه، الگو یا رویکرد واژه‌های مناسبی نیستند. آنچه که ما نظریه اطلاق می‌کنیم، نقطه نظر است. او مناسب‌ترین واژه را دیدگاه می‌داند و کتاب با این اظهار نظر به پایان می‌رسد که فروید ما را از عصر حجر بیرون آورد و به قرون وسطی رسانید. راجرز ما را از قرون وسطی به زمان حاضر آورد و کار خوف ما را به سوی آینده هدایت می‌کند.

در پایان از کلیه کسانی که در مؤسسه اطلاعات در امر طبع و نشر این کتاب و کتاب قبلی<sup>۱</sup> اینجانب زحمت وافر کشیده‌اند تشکر می‌کنم؛ و همچنین از همسر من که به ویژه

مشوق اینجانب بود صمیمانه سپاسگزارم. امیدوارم که این کار ناچیز به عنوان خدمتی برای دانش پژوهان این رشته مقبول افتد.

سیده خدیجه آرین

استادیار دانشگاه علامه طباطبائی



## پیشگفتار

خواندن کتابی درباره نظریه‌های مشاوره، که هم حاوی نکات نظری و هم عملی باشد فرصت نادر و کمیابی به شمار می‌رود. دکتر شیلینگ<sup>۱</sup> در این کتاب از روش معمول و بی‌حاصل در ارائه مطالب، دوری جسته و مباحث خود را شامل مشاهدات و تجربیات شخصی می‌نماید.

این کتاب فصول بسیار خوبی در مورد رویکرد<sup>۲</sup> آدلر و کارخوف در مشاوره دارد. این مطالب بندرت در اغلب کتابهای درسی نظریه‌های مشاوره پیدای می‌شود.

دکتر شیلینگ در هر فصلی، بخشی را به آموزش مشاور اختصاص می‌دهد و هر رویکردی را با یک مورد پژوهی شرح می‌دهد. در مقدمه موضع روشنی اتخاذ می‌گردد که در آن تفاوت‌های بنیادی بین مشاوره<sup>۳</sup> و روان‌درمانی<sup>۴</sup> را به شکل اجمالی بیان می‌کند. مشاوره برای فرهنگ‌های مختلف بندرت در کتابهای درسی سنتی گنجانده می‌شود. بزرگترین سرمایه‌ای که یک مشاور همراه خود به رابطه‌یاری دهنده می‌برد، شخصیت

---

1. Dr. Shilling

2. approach

3. counseling

4. psychotherapy

خودش است. دکتر شیلینگ به این دلیل قابل تحسین و تقدیر است که او در این کتاب بخشهایی را به مشاور به عنوان يك انسان اختصاص داده و همچنین در این بخشها ویژگی‌های حال و آینده مشاورانی را که قصد خدمت دارند و روشهای معمول مشاوره را کنار گذاشته و در پی تسهیل رشد افراد برآمده‌اند، را بیان نموده است.

من به عنوان مشاور تربیتی این شیوه برخورد نو، جامع و در عین حال فشرده و مختصر با نظریه‌های مشاوره را بشدت توصیه می‌کنم. خواننده از شیوه‌ای که مفهوم سنتی و همچنین مفهوم جدید کمک کردن را با شیوه بی‌نظیری ارائه کرده است، هم لذت می‌برد و هم آن را تحسین می‌کند.

کلیفتون تی اسپارکس

PH.D، پروفیسور، مشاور تربیتی رئیس دانشکده علوم تربیتی

دانشگاه زنان- تگزاس<sup>۱</sup>

1. Clifton T. Sparks, Ph. D, professor, counselor education Dean of college of Education Texas Woman's university

## دیباچه

این کتاب قرار است به عنوان اولین کتاب یکی از واحدهای درسی دوره کارشناسی ارشد یعنی «نظریه‌های مشاوره» در نظر گرفته شود. مطالب کتاب طوری مدون شده که یا نیازی به اطلاعات قبلی درباره مشاوره ندارد و یا پیش نیاز کمی را طلب می‌کند و هدف آن بررسی کلی مهم‌ترین نهضت‌ها، رویکردها و دیدگاه‌های این رشته است که به نظر من حایز اهمیت می‌باشد. مطالب به هیچوجه خسته کننده نیستند چه از لحاظ دیدگاه‌های ارائه شده، و چه از لحاظ جزئیات و عمق مطالب در هر یک از آنها. قصد ندارم و نداشتم که مطالب را به صورت خام و اولیه آن ارائه دهم، اظهار نظرها در ابتدا و انتهای هر فصل و همچنین سازماندهی فصول، متعلق به اینجانب است؛ و تقریباً بقیه مطالب نیز مربوط به خودم است که در آن افکار و عقاید دیگران را بازگو می‌کنم. امیدوارم نتیجه این کار تصویر روشنی را از نه نظریه عمده و برجسته در مشاوره به دست دهد. تصویری که به وسیله ذهن من گرفته شده اما به وسیله ذهن شمای خواننده به تصویر کشیده می‌شود.

من نیز مانند بسیاری از نویسندگان سالهای اخیر با مشکل جنسیت و تزاپرستی دست و پنجه نرم کرده‌ام. کاملاً و به صورت تغییر ناپذیری مخالف با دخالت جنسیت یا تزا در هر صورت آن هستم. اما در عین حال مدیون شما خوانندگان نیز می‌باشم، تا مطالب را واضح و روشن بیان نمایم. در مواقعی که امکان داشته است از بکار گرفتن ضمایر عام

خودداری کرده‌ام مگر در مواردی که برای روشن کردن مفهوم يك مطلب به آن نیاز داشته‌ام مطالب این کتاب به صورت زیر منظم شده است. به طور کلی رئوس مطالب فصلهای مربوط به نظریه‌ها به شرح زیر است.

### ۱. تحول تاریخی<sup>۱</sup>

زمینه شخصی<sup>۲</sup>

زمینه نظری<sup>۳</sup>

### ۲. نظریه شخصیت<sup>۴</sup>

تعریف واژه‌ها<sup>۵</sup>

ماهیت انسان<sup>۶</sup>

ساختار شخصیت<sup>۷</sup>

رشد شخصیت<sup>۸</sup>

رشد رفتار ناسازگار<sup>۹</sup>

### ۳. نظریه مشاوره<sup>۱۰</sup>

دلیل تغییر<sup>۱۱</sup>

فرایند مشاوره<sup>۱۲</sup>

اهداف مشاوره<sup>۱۳</sup>

- 
1. historical development
  2. personal background
  3. theoretical background
  4. theory of personality
  5. difinition of terms
  6. view of human nature
  7. structure of personality
  8. Aevelopment of personality
  9. development of maladaptive behavior
  10. theory of counseling
  11. rationale for change
  12. process of counseling
  13. goals of counseling

آموزش مشاور<sup>۱</sup>کارکرد مشاور<sup>۲</sup>۴. تمرین مشاوره<sup>۳</sup>تکنیک‌های عمده<sup>۴</sup>پارامترهای درمان<sup>۵</sup>موردپژوهی<sup>۶</sup>کاربرد<sup>۷</sup>۵. نقد<sup>۸</sup>پشتوانه پژوهشی<sup>۹</sup>ارزیابی<sup>۱۰</sup>

به غیر از رئوس مطالبی که ذکر شده، پنج موضوع دیگر نیز در این کتاب مطرح شده است.

۱. به فصلهای مربوط به روانکاوی، مراجع محوری و رشد منابع انسانی (HRD) یک بخش اضافه شده است. با عنوان: «وضع کنونی این نظریه‌ها». دلیل من برای افزودن این بخش این است که معتقدم این نظریه‌ها به صورتی که امروز به کار می‌روند با شکل اولیه خود متفاوتند و نیازمند به تطبیق با زمان حاضر هستند البته منظورم این نیست که بقیه نظریه‌ها به رشد خود ادامه نداده‌اند.

۲. یکی دیگر از موضوعاتی که جدا از رئوس مطالب ذکر شده است فصل رفتار-

- 
1. training of the counselor
  2. function of the counselor
  3. practice of counseling
  4. major techniques
  5. treatment parameters
  6. case study
  7. applications
  8. critique
  9. research support
  10. evaluation



درمانی می‌باشد که در آن بخش زمینه شخصی (شرح حال) وجود ندارد زیرا هیچ فردی به طور اخص مسئول ارائه این نظریه نیست.

۳. فصل روانکاوی که در آن اصطلاح درمانگر به جای مشاور به کار رفته است. زیرا کمتر روانکاوی خود را مشاور می‌داند.

۴. برای هر نظریه یک مورد پژوهی نیز آورده شده است اما همه آنها متن نمونه و استاندارد نیستند زیرا نمونه‌های مناسب در دسترس نبودند.

۵. ترتیب ارائه دیدگاهها بشدت ابعاد بینشی و عملی را دنبال می‌کند به گونه‌ای که فکر می‌کنم هر بخشی مجموعه بسیار مؤثری از بینش و عمل است.

من نمی‌توانم مطالب خود را به اتمام برسانم بدون آنکه از کسانی که به من مجال داده و یا مرا مجبور به این کار کرده‌اند، یاد نکنم عمیق‌ترین قدردانی من در ابتدا از آن متفکرانی است که این نظریه‌ها از آن‌هاست و من آن‌ها را انتخاب کرده و درباره آنها نظر داده‌ام. از دانشجویانم تشکر می‌کنم که با سؤالات جستجوگرانه خود مرا وادار به تعمق کرده‌اند و از مراجعانم که نیاز دارند بدانند که من می‌توانم آنچه را که آنها احتیاج دارند ارائه دهم. به معلمانم که ذهن مرا نسبت به نظریه‌های جدید روشن ساخته‌اند و همه دوستان و همکارانم که تشویق آنها به من کمک کرد تا این کار را ادامه دهم، و همچنین از دکتر جروم بی کاتس<sup>۱</sup> از مؤسسه روانکاوی توپیکا<sup>۲</sup> که به من در پیدا کردن بسیاری از اطلاعات کمک کرد.

1. Jerome B. Katz MD

2. Topeka Institute for Psychoanalysis

## فصل اول

### مقدمه

#### مشاوره یا روان درمانی

کوششهایی که برای تمیز بین مشاوره و روان درمانی صورت گرفته، کاملاً موفق نبوده است. بعضی فکر می کنند که مرزبندی این دو ضروری نیست و برخی دیگر آن را ضروری و اساسی می دانند. بعید است که يك کارشناس ارشد مشاوره، خود را روان درمانگر بدانند و حتی احتمال اینکه به او اجازه داده شود تا به عنوان يك روان درمانگر کار کند نیز ضعیف است. بسیاری از روان شناسان و روانپزشکان علاقه ندارند که آنها را مشاور خطاب کنند. اما هنگامی که کار مشاوره توضیح داده می شود آنها اعتراف می کنند که در برخی از روشها یکسان عمل می کنند. آنچه که به این مشکل می افزاید افزایش مشاوران جدیدی است که برخی از آنها عبارتند از مشاوران اتومبیل های دست دوم، مشاور املاک، مشاوران سرمایه گذاری و مشاوران عزاداری و غیره.

آیزنگ<sup>۱</sup> ۱۹۶۱ تلویحاً روان درمانی را به عنوان يك فن ناشناخته که برای حل

مشکلات نامشخص و با نتایجی غیر قابل پیش‌بینی به کار می‌رود تعریف نمود که برای این تکنیک آموزش بسیار سخت و دشواری توصیه شده است.

ولبرگ<sup>۱</sup> ۱۹۶۷ به گونه‌ای جدی روان‌درمانی را به عنوان «درمان مشکلات هیجانی با استفاده از ابزار روانشناختی» تعریف نمود که در آن يك شخص آموزش دیده تعمداً يك رابطه حرفه‌ای را با توجه به اهداف زیر با بیمار خود برقرار می‌سازد:

الف. برطرف کردن، تغییر دادن یا به تأخیر انداختن نشانه‌های بیماری.

ب. میانجیگری در الگوهای آشفته رفتار.

ج. ارتقای رشد و تکامل شخصیت مثبت.

تیلر<sup>۲</sup> می‌گوید «مشاوره واژه‌ای است که هر کس آن را می‌فهمد اما هیچ دو نفری آن را یکسان درک نمی‌کنند. حتی میان کسانی که حرفه مشاوره دارند گرچه توافق وجود دارد، اما اجماع در بین آنها نیست. انجمن مشاوران مدارس آمریکا (ASCA)<sup>۳</sup> که بخش زیربنا انجمن راهنمایی و نیروی انسانی آمریکا (APGA)<sup>۴</sup> است. مشاوره را به عنوان يك رابطه محرمانه، مقبول، بدون ارزشیابی، مجاز و رودررو تعریف می‌کند که در آن مشاور معلومات و توانایی‌های خود را به کار می‌برد تا به شاگردان کمک کند تا مسائل و مشکلات خود را به طریق بهتری حل کنند در حالی که شاگردان در حالت عادی و بدون کمک مشاور با رضایت کمتری آنرا حل می‌کنند. (لافری<sup>۵</sup>، استریپلینگ<sup>۶</sup> و فیتز جرالده<sup>۷</sup>، ۱۹۶۵، صفحه ۹۹) در سال ۱۹۸۰ کمیسیون اعطای گواهینامه (APGA) قوه مقننه را تشویق نمود که به مشاوران برای انجام مشاوره‌های خصوصی گواهینامه بدهد. کار مشاوره در چارچوب مفاد این لایحه بدین صورت تعریف می‌شود... کاربرد روشهای مشاوره و دیگر

1. Wolberg

2. Tyler

3. The American School Counselor Association (ASCA)

4. The American Personnel and Guidance Association (APGA)

5. Loughary

6. Stripling

7. Fitzgerald

رشته‌های وابسته به علوم رفتاری که به فرد کمک می‌کند و به او می‌آموزد تا مشکلات خود را حل کرده و تصمیم‌گیری‌های شغلی، حرفه‌ای، در رابطه با رشد شخصی، ازدواج و یا دیگر مسائل مربوط به روابط بین فردی اتخاذ نماید. کمیته صدور گواهینامه «انجمن مشاوران بهداشت روانی آمریکا» (AMHCA)<sup>۱</sup> مشاوره تخصصی را به این صورت تعریف نمود. فرایند کمک به افراد یا گروه‌ها از طریق رابطه یاری‌دهنده به منظور نیل به بهداشت روانی مطلوب از طریق سازگاری و رشد شخصی و اجتماعی به منظور جلوگیری از آثار تضعیف‌کننده برخی اختلالات جسمانی و هیجانی درون فردی<sup>۲</sup> و میان فردی<sup>۳</sup> (۱۹۷۹، صفحات ۲۳-۲۴) بخش روانشناسی مشاوره «انجمن روان‌شناسان آمریکا»<sup>۴</sup> (APA) در سال ۱۹۶۸ مشاوره را به عنوان کار با افراد یا گروه‌هایی که نگرانی‌های شخصی، اجتماعی، آموزشی و حرفه‌ای دارند تعریف نمود. بنابراین به طور خلاصه تعاریف مشاوره انجمن راهنمایی و نیروی انسانی آمریکا (APGA) و انجمن روان‌شناسان آمریکا کاملاً شبیه به هم است. هر دو یک مشاور آموزش دیده را کسی می‌دانند که با نگرانی‌ها، تضادها و اضطراب‌های مربوط به تصمیم‌گیری‌های شخصی اجتماعی و تربیتی سروکار دارد.

### تفاوت‌های احتمالی بین مشاوره و روان‌درمانی

بنابراین آیا تفاوتی بین مشاوره و روان‌درمانی وجود دارد؟ کوشش برای پاسخ نهایی به این سؤال با موفقیت کمی روبرو بوده است. برومر و شوستروم<sup>۵</sup> (۱۹۷۷) اظهار داشتند که مشاوره و روان‌درمانی هر دو در دو سوی انتهای یک خط قرار دارند براین اساس می‌توان اهداف، مراجعان، شاغلان به این کار و روش‌های دو خدمت مشاوره و روان‌درمانی را از یکدیگر متمایز ساخت.

1. American Mental Health Counselor's Association (AMHCA)

2. Intra personal

3. Inter personal

4. American Psychological Association (APA)

5. Brammer and Shostrom

هدفها هان<sup>۱</sup> و مک‌لین<sup>۲</sup> (۱۹۵۵) اظهار داشتند که مشاوره حالت پیشگیری دارد و روان‌درمانی با درمان سروکار دارد. مشاوره بیشتر با درماندگی‌های موقعیتی سروکار دارد. درحالی که روان‌درمانی با تغییر سازمان شخصیت سروکار دارد. البته مراجعی که نیاز به تغییر سازمان شخصیت دارد احتمالاً ممکن است به کمک‌هایی در زمینه درماندگی موقعیتی نیز نیازمند باشد.

مراجعان کوششهایی در زمینه متمایز کردن مشاوره از روان‌درمانی براساس عملکرد مراجع صورت گرفته است: اینکه مشاوران با افراد طبیعی سروکار دارند در حالیکه روان‌درمانگران با افراد نوروتیک (روان‌نژند) و سایکوتیک (روان‌پریش) سروکار دارند. اگرچه چنین تفاوتی، سابقاً عادی و معمول بود ولی حالا دیگر این طور نیست. زیرا این عناوین یعنی طبیعی، روان‌نژند و روان‌پریش تا حدی معانی و سودمندی خود را برای تفکیک این دو از دست داده‌اند.

مشاوران یا درمانگران می‌توان این طور بیان کرد که در سطحی بالاتر، مشاور و درمانگر خوب آموزش دیده و تربیت شده هیچ فرقی با یکدیگر ندارند. هر دو تعلیمات اساسی در زمینه نظریه شخصیت، آسیب‌شناسی روانی و روشهای پژوهش، مصاحبه و تست را دیده‌اند. هر دو علاوه بر تجارب مربوط به دروس عملی یک تا دو سال دوره کارآموزی را گذرانده‌اند و هر دو دارای درجه دکترای باشند. در سطحی پایین‌تر، درمانگر معمولاً دارای درجه کارشناسی ارشد در مددکاری اجتماعی یا روان‌شناسی (بالینی یا تربیتی) می‌باشد و یک مشاور در این سطح دارای درجه کارشناسی ارشد در مشاوره و راهنمایی است. مشاوران، و درمانگرانی که در سطح کارشناسی ارشد کار می‌کنند معمولاً سی تا چهل واحد درسی دانشگاهی را می‌گذرانند که شامل یک یا دو درس کار-عملی است. بنابراین تفاوت میان شاغلان در این رشته ممکن است کم یا زیاد باشد.

محل کار زمانی بود که درمانگران بیشتر در مراکز بهداشت روانی و یا مطب‌های

1. Hahn

2. Maclean

خصوصی، کار می کردند در حالی که مشاوران غالباً در مکانهای آموزشی به کار اشتغال داشتند. اخیراً این وجه تمایزها از میان رفت. در حال حاضر مشاوران در بیمارستانها، مراکز بهداشت روانی مراکز توانبخشی، مؤسسات تأدیبی، مراکز مخصوص افرادی که مورد بهره کشی قرار گرفتند، دادگاهها، خانه های نوجوانان، دفاتر مشاوره خانوادگی، مراکز بحرانهای خانوادگی کار می کنند. در عین حال که ایالتهای بسیاری قوانین مربوط به صدور پروانه و جواز کار مشاوران را می گذرانند، مشاوران بیشتری نیز جذب کارهای خصوصی می شوند. شروط مربوط به گرفتن پروانه کار مشاوره بسیار بیشتر و سخت تر از گرفتن درجه کارشناسی ارشد می باشد. امروزه مدارس دولتی و دانشکده های بسیاری سعی در استخدام روان شناسان و روان درمانگران دارند.

روشها در مورد روشهای مشاوره نیز اشتراکات آنقدر زیاد است که تفاوتها را کمرنگ می کند و یا آنها را به کلی از بین می برد. اما به هر حال مشاوره دارای ویژگی هایی می باشد که عبارتند از: درمان کوتاه مدت، استفاده بیشتر از آزمونهای روانشناختی، توجه بیشتر به مشکلات روزمره، تأکید بر فعالیت های آگاهانه نظیر تصمیم گیری ها و حل مشکلات، و بالاخره تأکید بیشتر بر پویایی های میان فردی است تا درون فردی.

### خلاصه

بنابراین مشاوره و روان درمانی را می توان براساس موارد زیر از یکدیگر متمایز ساخت. اهداف (مشاوره: درماندگی های موقعیتی<sup>۱</sup>؛ روان درمانی: سازماندهی مجدد شخصیت)؛ حرفه یا شغل (بیشتر مشاوران در سطح کارشناسی ارشد تربیت می شوند، در حالی که بیشتر روان درمانگران در سطح دکترای؛ روش تحقیق (مشاوره معمولاً با حل مشکلات و تصمیم گیری ها سروکار دارد در حالی که روان درمانی پویایی های درون روانی<sup>۲</sup> را مواجهه می کند)، اما به هر حال حتی در این زمینه ها نیز مشترکات زیادی وجود دارد که از

---

1. situational distress  
2. intrapsychic

اهمیت تفاوتها می‌کاهد. به نظر می‌رسد که تمایز عملی بین این دو، در واقع در معلومات افراد شاغل به این حرفه و شیوه‌های کار آنان نهفته است که غیر قابل تشخیص می‌باشد و ممکن است مشکلات زیادی را برای مراجعان ناآگاه ایجاد نماید. بنابراین لازم است، افرادی که به کار مشاوره و روان درمانی اشتغال دارند بنحوی مراجعان خود را از آموزشهایی که دیده‌اند، روشهای کلی درمان، حق ویزیت و همچنین دیگر اطلاعاتی که به مراجع مربوط است مطلع سازند.

### اثر بخشی<sup>۱</sup>

بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده از تحقیقاتی که در خلال دو دهه گذشته صورت گرفت کارخوف<sup>۲</sup> و همکاران او چنین نتیجه گرفتند که اثربخشی و مؤثر بودن دارای اجزایی می‌باشند که آنها را می‌توان در معادله زیر خلاصه کرد. (کارخوف و برنسون<sup>۳</sup>، ۱۹۷۶، صفحه ۱۷۶)

(اثربخشی = افراد مؤثر + برنامه‌های مؤثر + سازمان مؤثر).

کارخوف و برنسون در توضیح عناصر این معادله اشاره کرده‌اند که مؤثر بودن فرد، تابعی است از مهارتهای میان فردی (روابط اجتماعی) و مهارتهای تخصصی مربوط به هر رشته. اولی یعنی مهارتهای میان فردی با توانایی فرد برای ایجاد ارتباط با دیگران سروکار دارد. درحالیکه دومی، یعنی مهارتهای تخصصی شامل مهارتهایی است که ویژه یک کار معین یا عملکرد در یک زمینه مشخص است. بنابراین یک مشاور مؤثر مهارتهای ایجاد ارتباط با مراجعان خود را دارد و آنها را راهنمایی می‌کند تا برای مشکلات خویش راه حل پیدا کنند. یک معلم انگلیسی در یک مدرسه متوسطه هنگامی مؤثر است که هم مهارتهای ارتباط برقرار کردن با دانش‌آموزان خود را داشته باشد و هم به آنها تعلیم بدهد. یک تحویلدار مؤثر بانک،

1. effectiveness

2. Carkhuff

3. Berenson

هم مهارت‌های ارتباط برقرار کردن با مشتریان خود را دارد و هم حسابهای او را متعادل نگه می‌دارد. به شیوه دیگری نیز می‌توان این موضوع را بیان کرد. باید بگویم، مؤثر بودن فرد تابعی است از کمیت و کیفیت پاسخهایی که در خزانه مهارت‌های او وجود دارد.

علامت و نشانه‌یک برنامه موفق، منظم بودن آن است. برنامه‌های مؤثر از طریق برنامه‌ریزی منظم، توسعه، اجرا و کاربرد بازخوردها در جهت تعدیل نظام به اهداف خود نائل می‌شوند. (کارخوف ۱۹۸۱):

۱. همه نظام‌های مؤثر دریافت‌کننده داده‌هایی هستند. هر نظامی باید نسبت به کلیه محرکه‌هایی که با آن مواجه می‌شود باز و تسهیل‌کننده باشد این بدان معنی است که کسانی که برنامه‌ریزی می‌کنند و آن را توسعه می‌دهند باید با انرژی بسیار بالایی کار کنند تا آنکه نسبت به محرکه‌های وارده توجه داشته و دقیق باشند.

۲. کلیه نظام‌های مؤثر اطلاعات را پردازش می‌کنند. سیستم مؤثر داده‌ها را تجزیه و تحلیل می‌کنند و براساس این تجزیه و تحلیل نیازها را تشخیص می‌دهند. اهداف خود را شخصی و برنامه عمل را فردی می‌کنند تا به اهدافشان نائل آیند.

۳. کلیه نظام‌های مؤثر به وسیله بازخوردها شکل می‌گیرند هر سیستم مؤثری میزان مؤثر بودن محصول خود را اندازه می‌گیرد و این بازخورد را به عنوان یک داده وارده جدید به کار می‌برد تا یک بار دیگر عمل پردازش را انجام دهد.

به طور مختصر سازمان مؤثر عبارت است از: شیوه منظمی که افراد مؤثر را با برنامه‌های مؤثر مرتبط می‌سازد. یک نوع از سازمان مؤثر همان سلسله مراتب اشخاص مؤثر است که اجراکننده برنامه‌های مؤثر می‌باشند. در این مورد افراد مؤثر تر بر فعالیت‌های افراد کم اثر، نظارت می‌کنند و مؤثرترین افراد تمام عملیات را هدایت می‌نمایند. از طریق دیگری نیز می‌توان به سازمان مؤثر نگاه کرد. یعنی از بعد کارکردی یا عملی، اینکه چگونه و چرا افراد مؤثر و برنامه‌های مؤثر خوب عمل می‌کنند «به عنوان یک نظریه» مشاوره را در معادله اثربخشی امتحان می‌کنیم.

(مشاوره مؤثر = مشاور مؤثر + برنامه‌های مؤثر + نظریه مؤثر)



## مشاور به عنوان یک فرد مؤثر

از زمانی که مشاوران کار خود را شروع کردند هم آنها و هم دیگر افراد در جستجوی تعیین ویژگی‌های شخصیت بودند. ویژگی‌هایی که فرد را به صورت يك مشاور مؤثر درمی‌آورد علی‌رغم سالها تحقیق در این مورد ویژگی‌های دقیقی که بتواند مشاوران مؤثر را از مشاوران غیر مؤثر جدا سازد پیدا نشده است بخشی از مشکل، در لغات و معانی کلمات است. کلماتی نظیر همدلی، گرمی، خلوص و انعطاف‌پذیری را به کار می‌بریم اما قادر نیستیم که هریک از این واژه‌ها را در عمل به طور دقیق و واقعی اندازه‌گیری کنیم. مانع بزرگ دیگر مشکل پیامد و نتیجه کار است. ما واقعاً نمی‌دانیم که فرد بهبود یافته کیست؟ گرچه که به خوبی می‌دانیم که معنای بهبودی برای هر مراجع نسبت به دیگری متفاوت است هیچ شیوه مطمئنی برای اندازه‌گیری بهبودی وجود ندارد. معهدا ما مطمئناً چیزهایی درباره ویژگی‌های شخصی مشاورانی که مؤثر به نظر می‌رسند، می‌دانیم.

محققان بسیاری به خصوصیات يك مشاور مؤثر توجه کرده‌اند. راجرز (۱۹۷۵) «شرایط لازم و کافی» نظریه خود را ارائه می‌دهد. که در مرکز آن خصوصیات درمانگر قرار دارد یعنی همدلی<sup>۱</sup>، توجه مثبت بی‌قیدوشرط<sup>۲</sup> و همخوانی<sup>۳</sup>. کامبز<sup>۴</sup> و سایر<sup>۵</sup> (۱۹۶۳) دریافتند که مشاوران مؤثر، مراجعان خود را به عنوان افرادی توانا، قابل اعتماد، صمیمی و با ارزش می‌دانند و خود را نیز به عنوان فردی نوع دوست و غیرسلطه‌گر می‌شناسند. کارخوف و همکارانش شرایط راجرز را دوباره تعریف می‌کنند یعنی همدلی دقیق، احترام و خلوص و شرایط دیگری را نیز بدان اضافه می‌کنند، مانند عینی، فوریت و مواجهه (کارخوف و برنسون ۱۹۶۷، ۱۹۷۶، ۱۹۷۷، تراکس و کارخوف ۱۹۶۷). دیگران نیز در این مورد اظهار نظر کردند و گفتند که این شرایط تنها ممکن است در چارچوب درمان راجرزی مؤثر

---

1. empathy

2. unconditional positive regard

3. congruence

4. Combs

5. Soper

باشد اما نه در دیگر درمانها (فرانک، هون ساریک، ایمر، لیبرمن، ناش و استون ۱۹۷۸).

در همین زمان بود که عده‌ای این موضوع را بررسی می‌کردند که مشاوران مؤثر در ابتدا افرادی مؤثر هستند. (کارخوف ۱۹۶۶، آلن ۱۹۶۷). اسکوین (۱۹۵۷) چهار ویژگی رشد سالم فرد را شناسایی کرد:

الف. تمایل برای قبول مسئولیت شخصی رفتارش.

ب. ظرفیت برقراری روابط میان فردی (روابط با افراد).

ج. تعهد نسبت به جامعه.

د. پایبندی به استانداردها و ایده‌آلها.

راجرز (۱۹۶۲) سه ویژگی را برای فردی که با تمام ظرفیت کار می‌کند بیان نمود:

الف. بازبودن یا استقبال فزاینده از تجربیات.

ب. ادامه رشد به سوی فرایند «شدن».

ج. اعتماد فراوان به وجود خود.

دینک مایر و دری کورز در سال ۱۹۶۳ شخصیت سالم را در واژه جرأت و شهامت تشریح کردند. شخص با جرأت موقعیت کار یا وقایع را در قالب راه‌حل‌ها و اقدامات ممکن نگاه می‌کند و نه در قالب خطرات و تهدیدات بالقوه.

مزلو<sup>۱</sup> (۱۹۷۰-۱۹۶۸) کسانی را که به خود شکوفایی رسیده‌اند مورد مطالعه قرار داد و دریافت که آنها، ویژگی‌های زیر را از خود نمایان ساختند.

الف. ظرفیت تحمل و یا حتی استقبال از حالت بلا تکلیفی در زندگی‌شان.

ب. پذیرش خود و دیگران.

ج. خودانگیختگی و خلاقیت.

د. نیاز به داشتن حریم خصوصی و خلوت کردن.

هـ. خودمختاری و ظرفیت برای ایجاد رابطه عمیق و زیاد با دیگران (روابط میان

فردی).

ز. مواظبت خالصانه از دیگران.

ک. شوخ طبعی.

ل. هدایت درونی.

و. عدم وجود حالت‌های دوگانه مصنوعی در درون خویش (ضعف و قدرت).

کارخوف چندین طرح و نقشه را پیشنهاد می‌کند که در آن انسان یاری‌کننده مؤثر، و انسان به صورت يك کل را تشریح کرده است. (کارخوف و برنسون ۱۹۷۷-۱۹۷۶) آخرین فرمول او مطلب مزبور را مورد تجدید نظر قرار داد که در آن کارخوف ابعاد زیر را به عنوان مشخصه‌های افراد خود شکوفا تعیین می‌کند.

الف. تناسب جسمی و انرژی جسمانی که در فرد وجود دارد.

ب. تعهدات عاطفی نسبت به رسالتی که دارد.

ج. روابط با افراد (روابط میان فردی) که منجر به قبول رسالت دیگران می‌شود.

د. مهارت‌های تخصصی حقیقی که به مهارت‌های کارشناسی منجر می‌شود.

هـ. مهارت‌های یادگیری که به پردازش اطلاعات منجر می‌شود.

و. مهارت‌های تدریس که به ارتباط بین محتوا منتهی می‌شود. به هر حال به طور خلاصه انسان‌های شکوفا، انسان‌های ماهر هستند و انسان‌های غیر از آن، غیر ماهر هستند.

### خلاصه

مشاور مؤثر چگونه شخصی است؟ با توجه به دامنه این سؤال مطلبی که در اینجا ارائه می‌گردد تنها بخش مشخص و برجسته آن است. هر کوششی که برای خلاصه کردن پاسخ سؤال بالا صورت گیرد اگر غیر ممکن نباشد احتمالاً کوششی بیهوده است اما به هر حال برای اینکه شمارا مجبور به فکر کردن روی این موضوع بکنم نظر خود را در اینجا شرح می‌دهم.

مشاوران مؤثر ابتدا افرادی مؤثر هستند، شما نمی‌توانید به من کمک کنید مگر اینکه با تمام قوا کار کنید حتی اگر با تمام قوا هم کار کنید ولی نیروی لازم را نداشته باشید نمی‌توانید به من کمک کنید. بنابراین من فکر می‌کنم که نخستین مشخصه افراد مؤثر این است که آنها انرژی جسمانی لازم را جهت رفع نیازمندی‌ها و خواسته‌های خود دارند.

ویژگی دوم افراد مؤثر این است که آنها می‌دانند که چه کسی هستند و با آنچه که هستند و زمانی که به طور منظم کار می‌کنند، احساس راحتی می‌نمایند (البته نه به طور مصنوعی) با این هدف که پیشرفت کنند و از آنچه که هستند بالاتر روند. من از افراد مخصوصاً مشاورانی می‌ترسم که به مرحله‌ای رسیده باشند که احساس کنند که آنها همه آنچه را که باید بدانند، می‌دانند و «اگر چیزی را نمی‌دانند آن چیز ارزش دانستن ندارد» و همه تجارب بالارزش را دارند «و اگر تجربه‌ای را ندارند احتمالاً به خاطر آن است که آن تجربه، تجربه درستی نبوده است» و هرگز بشدت هیجانی نمی‌شوند مگر زمانی که به حق باشند. من فکر می‌کنم که افراد مؤثر به خاطر آنکه با آنچه که هستند احساس راحتی می‌کنند نیازی ندارند که در برابر آنچه که نیستند حالت دفاعی به خود بگیرند. از آنجا که می‌دانند به کجا می‌روند از افرادی که در مسیر متفاوتی هستند ترس ندارند و نظر به اینکه افرادی شجاع هستند، (واژه دری کورز) مجبور نیستند که برای همه چیز پاسخ داشته باشند زیرا مطمئن هستند که مسائل، پاسخهایی دارد و آنها نیز انرژی لازم برای پیدا کردن آن پاسخها را دارند.

سومین ویژگی افراد مؤثر این است که آنها دارای حس اجتماعی<sup>۱</sup> هستند که آدلر به آن علاقه اجتماعی<sup>۲</sup> می‌گوید (انسبیچر ۱۹۷۷). آنها نسبت به زندگی خوش بین هستند و در ارتباطاتشان با دیگران نوع دوست می‌باشند مع هذا نگرش آنها در مورد رفتار، نگرشی انتقادی برای حل مشکل است. آنها عمیقاً معتقد هستند که همه انسانها پتانسیل خلاق برای بهتر شدن را دارند و آماده‌اند تا رشد آنها را تسهیل نمایند.

نهایتاً افراد مؤثر هر کاری را در جای خود انجام می‌دهند. آنها نه فقط برای حرفهایشان بلکه برای اعمالشان نیز احساس تعهد می‌کنند. افراد مؤثر به تاریکی دشنام نمی‌دهند بلکه شمع روشن می‌کنند و اگر مشکل داشته باشند روی آن کار می‌کنند. آنها به شما نمی‌گویند که چقدر خوب هستند بلکه بارها خوب بودن را به نمایش می‌گذارند.

---

1. sense of community

2. social intrest

## مشاوره به عنوان یک برنامه مؤثر

بسیاری از نظریه‌های روان‌درمانی در خلال قرن گذشته بویژه در مدت سه دهه اخیر، رشد و توسعه یافته‌اند. واقعیت این است که هر یک از این نظریه‌ها موفقیت و توجیه خود را برای تغییر فرد به صورت تك عاملی توضیح می‌دهند تا مکتب خود را از دیگر مکاتب متمایز سازند به عنوان مثال روانکاوان سعی دارند برای تغییر، فرد ناخوشیار را هوشیار نمایند. رفتار درمانگران تمام تخم مرغهای خود را در سبد یادگیری می‌گذارند. پیروان راجرز در جستجوی آزاد کردن پتانسیل خلاق گرایش به خود شکوفایی هستند. تحلیل تبدیلی<sup>۱</sup>، تبدلات میان فردی را تحلیل می‌کنند، دیگران از طریق فریادهای وحشتناک در جستجوی آرامش هستند.

## بازآموزی‌های درمان

پژوهشهایی که از منابع (کارخوف ۱۹۶۹، کارخوف و برنسون ۱۹۷۶، فرانک ۱۹۷۸، لیبرمن و یالوم و مایلز ۱۹۷۳، مارمور ۱۹۷۶، تروآکس و کارخوف ۱۹۶۷، یالوم ۱۹۷۵) صورت گرفته این نکته را کاملاً روشن ساخته است که در هیچ مورد نمی‌توان موفقیت مشاوره یا روان‌درمانی را تنها به يك عامل نسبت داد، بلکه شمار قابل ملاحظه‌ای از متغیرها وارد این فرایند می‌شوند. از جمله شخصیت مشاور و همچنین مراجع، ماهیت مشکل مراجع، میزان انگیزه مراجع، کارکرد و مهارت‌های مشاور، امید و انتظاراتی که کیفیت کار مشاور در مراجع ایجاد می‌کند، نقاط قوت و ضعف مراجع، کمک‌ها و کمبودهای بالقوه‌ای که در محیط مراجع وجود دارد و بالاخره شاید مهم‌تر از همه کیفیت رابطه است که بین مشاور و مراجع به وجود می‌آید. (مارمور ۱۹۷۶)

کروسنی و روزنبرگ (۱۹۵۵) و یالوم (۱۹۷۵) فهرستی از عوامل درمانی را در گروه درمانی تهیه کرده‌اند که فهرست مارمور کلی‌تر و دربرگیرنده لیستهای آن دو، می‌باشد.

براساس مطالب مار مور حداقل هشت عامل عمده در همه روان در مانگری های مؤثر وجود دارد. (۱۹۷۶):

۱. رابطه خوب بین مشاور و مراجع، برعلاقه خالص مشاور به مراجع و همدلی با او و انگیزه مراجع برای دریافت کمک استوار است.
  ۲. رهاسازی تنش، از طریق بحث درباره مشکلات مراجع با يك فرد یاری دهنده در چارچوب امید و انتظار برای کمک.
  ۳. یادگیری شناختی که بر کوشش مشاور برای کمک به مراجع استوار است تا علل مشکل خود را درك کند.
  ۴. شرطی شدن عامل<sup>۱</sup>، مشاور به صورت مستقیم یا غیر مستقیم رفتارهای درست مراجع را تقویت و رفتارهای نادرست مراجع را خاموش می کند.
  ۵. پیشنهاد دادن و ترغیب کردن توسط مشاور.
  ۶. همانندسازی با مشاور حداقل در مورد الگوهای رفتاری مشاور برای حل مشکل.
  ۷. تکرار واقعیت آزمایی<sup>۲</sup> از طریق تمرین تکنیک های انطباقی جدید.
  ۸. چنانچه مراجع علی رغم عدم موفقیت همچنان در واقعیت آزمایی اصرار و پافشاری نماید و اگر قرار باشد که مراجع تغییرات رفتاری خود را درونی نماید آنوقت لازم است که مشاور مراجع را حمایت عاطفی نماید.
- پس از بیست و پنج سال تحقیق در روان درمانی، گروه جان هاپکینز<sup>۳</sup> به نتایج زیر نائل آمدند. میزان تأثیر انواع مختلف روان درمانی به طور عمده ای به توانایی آنها برای اعاده روحیه مراجع بستگی دارد که در درجه اول از طریق دو هدف به هم مرتبط، به دست می آید. هدف اول جنگ با نگرشها و هیجانات مخرب، نظیر ترس یا ناامیدی؛ و تقویت هیجانهایی که سلامتی فرد را بیشتر تأمین می کنند، نظیر امیدواری و اعتماد به نفس. آنچه که به این کار کمک می کند هدف دوم است. یعنی بالا بردن احساس تسلط یا کنترل بیمار بر خود و از آن

---

1. operant conditioning

2. reality testing

3. Johns Hopkins

طریق بر محیطش، (فرانک ۱۹۷۸، صفحات ۱۷۳-۱۷۲)

بورتون (۱۹۷۶) به طور کلی با تحلیل بالا موافق بود اما یادداشت مشتاقانه (و نه مایوسانه‌ای) بر آن تحلیل اضافه نمود: «هر روز که می‌گذرد این موضوع روشن و روشن تر می‌شود که ما در حال انتظاریم. اینکه اگر فروید جدیدی نیاید لا اقل کسی خواهد آمد که به ما مفهوم جدیدی از انسان را ارائه دهد. یعنی روان او، هدف او و روح او را تعریف کند.» (۱۹۷۶، صفحه ۳۲۶)

توجه به ماهیت و طبیعت انسان در حقیقت اصل و قلب مشاوره و روان‌درمانی است. دیدگاه شخص مشاور در مورد ماهیت انسان بر رویکرد و کار او با مراجع تأثیر دارد. اما دیدگاهی که یک نظریه پرداز مشاوره نسبت به ماهیت انسان دارد تمام نظریه او را و همچنین کسانی که نظریه او را به کار می‌بندند را تحت تأثیر قرار می‌دهد. البته موضوع اصلی این مطلب (یعنی قلب قلبها) بحث فلسفی و الهی آن یعنی اختیار در برابر جبر است. اگرچه که دامنه نظریات افراد در این مورد تقریباً نامحدود است اما هیچ پاسخ قطعی که از نقطه نظر علمی پذیرفته شده باشد وجود ندارد. در واقع یک مشاور می‌تواند بدون اینکه مسائل فلسفی خود را نهایتاً حل کرده باشد خوب کار کند به شرط آنکه یک فرضیه برای کار خود داشته باشد.

فورد و ارین<sup>۱</sup> (۱۹۶۳) اظهار داشتند که مردم یا خلبان هستند یا رباط (آدم مصنوعی). خلبانها قدرت تعیین مسیر خود و مسئولیت سفر را به عهده دارند؛ اما رباطها به نظر می‌رسد که تنها خود را هدایت می‌کنند و رفتار آنها در واقع به صورت زیستی و یا توسط محیط تعیین شده است. البته در زندگی واقعی چنین تقسیم‌بندی کاملاً واضحی وجود ندارد. گرچه افراد انتخابگر هستند اما در بعضی از مواقع طوری عمل می‌کنند که گویی نمی‌توانستند و یا انتخاب دیگری نداشتند. شاید قسمتی از وجود هر یک از ما خلبان و قسمتی دیگر رباط باشد. مشکل مشاور این است که بداند آیا ماهیت انسان را بیشتر یک خلبان می‌داند یا رباط. این تصمیم او هم بر نظریه و هم بر اعمال او تأثیر می‌گذارد.

تجربه هر فردی نشان می دهد که هر از مدتی مشکلاتی به وجود می آیند که باید حل شوند، و تصمیماتی که باید گرفته شوند و راه‌حلهای عملی، که باید انتخاب و یا ترك شوند؛ کمتر فردی می تواند همه مشکلات خود را حل کند و همیشه درست تصمیم بگیرد و بهترین راه حل عملی را انتخاب کند. مع هذا افراد مشکلات خود را حل می کنند پس آنها توانایی فکر کردن و دوباره فکر کردن، تصمیم گرفتن و دوباره تصمیم گرفتن، رفتار کردن و تغییر دادن رفتار خود را، دارند. بنابراین، نشانه يك سیستم مؤثر مشاوره این است که بتواند به افراد كمك کند تا دوباره فکر کنند، دوباره تصمیم بگیرند و رفتار خود را تغییر دهند.

## اهداف

تعریف کار خوف (۱۹۸۱) از يك برنامه مؤثر این است که چنین برنامه‌هایی از طریق برنامه‌ریزی منظم، رشد، اجرا و استفاده از باز خورد می تواند به اهداف عملی خود نائل گردد، به صورت ساده می توان گفت که يك هدف عملی هدفی است که در غالب رفتارهای عینی و قابل اندازه گیری تعریف می شود. بنابراین تغییر در نگرش نمی تواند به عنوان يك رفتار قابل مشاهده و قابل اندازه گیری و يك هدف عملی تلقی گردد. کاهش چهار کیلو وزن در دو هفته، خود يك برنامه‌ریزی منظم، گسترده و اجرایی را طلب می کند که در بر گیرنده يك برنامه عملی و يك سری قدمهایی است که هر يك از این قدمها خود يك هدف عملی به شمار می رود. استفاده از باز خورد بدین معنی است که کار آیی و سودمندی هر مرحله بررسی و نظارت می شود تا برنامه بتواند بر اساس باز خورد تصحیح و تعدیل شود.

اکنون که صفت‌ها دور از دسترسند ما به اسم، یعنی هدف توجه می کنیم پس اهداف مناسب مشاور چیست؟ آیا اهداف غیر مناسبی برای مشاور وجود دارد؟ آیا اهداف مشاوره برای مشاور و مراجع متفاوت است؟ متأسفانه مطرح کردن این پرسشها آسانتر از پاسخ دادن به آنهاست.

اهداف مشاور و مراجع ممکن است با یکدیگر متفاوت باشد. اهداف مراجع معمولاً در بر گیرنده امور مربوط به رشد است. مراجعان اغلب هدفهای خود را در واژه‌های غیر واقعی بیان می دارند مانند: «کمکم کنید تا بر الکلیسم فائق آیم.» اما آنها نمی گویند که



«کمکم کنید تا مشروب‌خواری را کنار بگذارم.» یا می‌گویند «کمکم کنید تا این درس را قبول شوم.» اما نمی‌گویند که «کمکم کنید تا اوقات مطالعه و خواندن را تلف نکنم.»

هدف مشاور ممکن است این باشد که به يك فرد الکلی پیاموزد که نمی‌توان به مشروب‌خواری ادامه داد و در عین حال يك فرد غیر الکلی به حساب آمد. ممکن است هدف مشاور بالا بردن مقام حرفه‌ای خود باشد و یا آنکه موجودی حساب بانکی خود را زیاد کند البته ممکن است این اهداف، اهداف شریفی نباشند اما هدفی فرومایه و پست نیز تلقی نمی‌شوند. (مگر آنکه این هدفها تنها اهداف مشاور باشند) هدف مشاور مجموعاً کمک به مراجع است تا بتواند به اهدافی که برای خود شناسایی کرده است نائل آید. مشاور نباید برای مراجع، هدف تعیین کند و یا او را به سمت اهدافی که بر اساس ارزشها و نیازهای مسأله تعیین شده است، هدایت نماید.

همان‌طوری که هدفهای غیر مناسبی برای مراجع وجود دارد برای مشاوره (یعنی نظام) و مشاور نیز اهداف غیر مناسبی وجود دارد. مشاوره يك نظام روانشناختی است و نه يك نظام الهی. بنابر این ضمیمه نمودن اصول مسیحیت یا یهودیت و اسلام هدف یا کارکرد صحیحی برای مشاوره روانشناختی نیست. این بدان معنی نیست که يك مشاور مسیحی یهودی و یا مسلمان نباید بر اساس اصول مذهبی خود زندگی کند، بلکه به این معنی است که نظام مشاوره روانشناختی، نه نظامی مسیحی است و نه ضد مسیحی؛ نه نظامی یهودی است و نه ضد یهودی؛ و نه نظامی اسلامی است نه ضد اسلامی. اهداف مشاوره همان هدفهای فرآیند مشاوره است و این هدفها به صورت مختلفی تشریح شده است و در واقع در هر يك از رویکردهای تشریح شده در فصول بعدی تعریف گردیده است.

### خلاصه

آن‌طور که من می‌بینم مشاوره، يك نظام یا يك برنامه است. بنابر این مشاوره مؤثر، ویژگی‌های يك برنامه مؤثر را داراست که به‌طور منظم از طریق گامهای استاندارد برای دستیابی به يك هدف عملی حرکت می‌کند. گامهای استاندارد مشاوره در برگیرنده چند عامل درمانی است که در همه رویکردهای مشاوره مؤثر وجود دارد مانند ویژگی‌های شخصی و مهارتهای کاری مشاور، انگیزه مراجع و کیفیت رابطه‌ای که بین مشاور و مراجع به وجود

می آید. نقشه ای که يك مشاور را در به کارگیری این عوامل درمانی به نفع مراجعش راهنمایی می کند همان دیدگاه مشاور از ماهیت انسان است.

### نظریه به عنوان يك سازمان مؤثر

سومین عامل برای مؤثر بودن، وجود يك سازمان مؤثر است که به عنوان راهی منظم است برای ارتباط مردم مؤثر با برنامه های مؤثر؛ از آنجا که يك نظریه کوشش می کند تا از طریق سازمандهی و ترکیب دانش و معلومات به سؤال «چرا» پاسخ بدهد. این طور به نظر می رسد که بهترین راه برای اینکه برنامه مؤثر را به دست مردم مؤثر بدهیم این است که از يك نظریه مؤثر استفاده کنیم. (برونسون و کارخوف ۱۹۷۶).

### نظریه از دیدگاه کلی

نظریه چیزی فراتر از پاسخ به سؤال «چرا» می باشد. نظریه به سؤالاتی نظیر «چه کسی»، «چه چیزی»، «چه وقت»، «کجا» و «چگونه» نیز جواب می دهد. يك نظریه تبیینی، مسیر اجرا را روشن می سازد و شاغلان به این کار را قادر می سازد تا وقایع به ظاهر متفاوت را در يك سرفصل بگنجانند و از این طریق پیش بینی وقایع آینده را تسهیل سازند.

يك نظریه عملی قابل اجرا، علاوه بر پیش بینی حقایق یا روابط تازه آنچه را که بیانگر يك کلیت معنی دار (گشتالت) است را سازماندهی کرده و به صورت یکپارچه درمی آورد. يك نظریه رسمی دارای ویژگی های متعددی است نخست بر مفروضات یا موضوعاتی استوار است که عنوان شده و بدون استدلال پذیرفته شده است. دوم واژه ها یا مفاهیمی که نظریه با آن تدوین شده و یا ارتباط برقرار می کند و باید به طور عملی تعریف گردند. سوم واژه ها یا مفاهیم باید رابطه علت و معلولی یا روابط منطقی با یکدیگر داشته باشند. پس فرضیه ها باید از مفروضات، واژه ها و روابط ساخته شوند. فرضیات باید به عنوان پیش بینی های قابل آزمایش تلقی گردند که در صورت اثبات فرضیات، تعاریف و نتیجه گیری های آن فرضیه می تواند صحیح تلقی گردد. (پاترسون ۱۹۸۰)

نظریه ها در واقع نه خوب هستند و نه بد، نه درست هستند و نه نادرست،

این دو مقولگی ممکن است کاربرد داشته یا نداشته باشد. يك نظریه می‌تواند کار آیی داشته و معتبر باشد بدون اینکه کاملاً دقیق باشد. يك نظریه ممکن است توضیحات کافی در مورد اغلب زمینه‌های مربوط به خود (و نه همه آنها) ارائه بدهد. هیچ نظریه‌ای به طور کامل در همه موارد صحیح و درست نیست. طرح‌های متعددی از ملاک‌های ارزیابی يك نظریه وجود دارد که همه آن طرح‌ها حکایت از این می‌کند که يك نظریه عملی نباید ناچیز و بی‌اهمیت باشد. اجزای درون يك نظریه باید همسان، دور از هر گونه ابهام و جامع باشد، باید قابلیت آزمودن را داشته باشد با این توجه، در همین ابتدا باید بگویم که هیچیک از نظریه‌های مشاوره یاروان درمانی تمام شرایط فوق را ندارد.

پرایس در سال ۱۹۷۲ در پی تلاش برای دستیابی به نظریه رفتار ناپهنجار این طور استدلال می‌کند که ما در واقع نظریه رفتار ناپهنجار نداریم بلکه مجموعه‌ای از دیدگاه‌ها یا نقطه‌نظرات متضاد با یکدیگر داریم؛ به نظر می‌رسد که تجدیدنظر مشابهی در مورد نظریه‌های مشاوره در دست انجام است نظریه‌های مشاوره بیشتر به نقطه‌نظرات مختلف می‌مانند تا يك نظریه در مفهوم صوری آن. مطلب زیر شاید بتواند تنوعی را که میان نظریه‌های مشاوره وجود دارد توضیح بدهد و آن مطلب این است که کسانی که نظریه را تلویح کرده‌اند به يك چیز توجه دارند و آن ماهیت و طبیعت انسان است. اما هر يك از آنها آن را از زاویه متفاوتی می‌نگرند. همان طور که شاهدان يك تصادف رانندگی داستانهای متفاوتی از همان تصادف را تعریف می‌کنند، نظریه‌پردازان نیز دیدگاه‌های مختلفی را از ماهیت انسان که در حال مشاهده آن هستند به دست می‌دهند. برخی از آنها فرمول خود را نظریه نامیده‌اند و برخی الگو و گروهی دیگر رویکرد. به واسطه این گم‌گشتگی و فقدان وقت، به نظر من واژه دیدگاه<sup>۱</sup> واژه مناسبی می‌تواند باشد که هم دقیق است و هم سر در گمی کمی دارد و می‌تواند به مجموعه افکاری که در فصول آینده در مورد آنها صحبت خواهیم کرد، اطلاق شود.

برای مشاوران مشغول به کار موضوع مهم این نیست که کدامیک از این دیدگاه‌ها را

انتخاب کنند؛ بلکه مهم این است که دارای دیدگاه باشند که در واقع بتواند رفتار مراجع را توضیح داده و اقدامات مشاور را هدایت نماید. مشاورى که اقدام به مشاوره می کند بدون آنکه يك نگرش همسانی برای توضیح طبیعت و رفتار انسان داشته باشد و یا بدون داشتن الگویی که بر اساس دیدگاه او بنا شده باشد نه تنها غیر علمی عمل کرده بلکه کمترین اثرش این است که به صورتی جدی حتی به مراجعانی که کمترین نیاز را داشته باشند، ضرر می رساند.

دیدگاه مشاور می بایست شامل عناصر واقعی زیر باشد. (بورکس<sup>۱</sup> و استفلر<sup>۲</sup> ۱۹۷۹).

۱. مفروضاتی که درباره طبیعت یا ماهیت انسان، آیا این نگرش با خیر و شر ذاتی طبیعت

و ماهیت انسان سروکار دارد؟ از جبر و اختیار سخنی می گوید؟

۲. اعتقاد در مورد تغییر در رفتار و یادگیری.

۳. تعهد نسبت به اهداف بیان شده مشاوره.

۴. تعریف نقش و کارکرد مشاور، يك مشاور یا مفسر یا معلم یا حمایت کننده و یا دوست

و یا غیره چه موضعی دارد و با استفاده از چه تکنیکی موضع خود را به اجرا در می آورد.

۵. شواهد حمایت کننده نگرش، چه شواهدی وجود دارد و استدلال می کند که دیدگاه،

فرضیه های خود را آزمایش کرده و بر اساس نتایج به دست آمده، دیدگاه مورد تجدید نظر

قرار می گیرد.

## دیدگاه شخصی

همچنانکه شما دید و نظر مربوط به خودتان را در مورد مشاوره و روان درمانی تقویت می کنید باید به هر يك از دیدگاههایی که ارتباط به کار شما دارد در چارچوب بحث فوق بویژه مطالب مربوط به عناصر اصلی هر دیدگاه، توجه کنید و آن دیدگاه را با دیدگاه خود مقایسه کنید به عنوان مثال نظر شما نسبت به طبیعت و ماهیت انسان چیست؟ آیا ماهیت انسان خیر است یا شر؟ پاهيچکدام؟ آزاد است یا مجبور؟ چه دیدگاهی می تواند نظریه شما را بیان کند؟ چگونه يك رفتار ایجاد می شود؟ آیا رفتار انسان به وسیله مجموعه ای از ژنها تعیین می شود؟

1. Burks

2. Steffle

یا اینکه ما از طریق روشهای مختلف یاد می‌گیریم که چگونه رفتار کنیم؟ در هر صورت چه آثاری بر روی کار شما دارد؟ اهداف صحیح و ناصحیح مشاوره چیست؟ درستی و نادرستی را چگونه تعیین می‌کنید؟ فکر می‌کنید مشاور چگونه شخصی باید باشد؟ آیا شما همان شخص هستید؟ اگر نیستید چه کار باید بکنید تا آن گونه شوید؟ آیا الان دارید همان کار را می‌کنید؟ به نظر شما چه نوع رفتارها یا تکنیک‌هایی، می‌تواند فرایند مشاوره را بیشتر تسهیل نماید؟ شما چقدر با آن تکنیک‌ها آشنا هستید؟ و چقدر در به کارگیری آنها مهارت دارید؟ برای مهارت بیشتر خود چه می‌کنید؟ زمانی که یک دیدگاه را می‌آزمایید و یا تمرینی را انجام می‌دهید آیا به دنبال مدارکی برای اثبات آن هستید؟ برای اثبات نگرش خود چه پژوهشهایی انجام داده‌اید؟ شاید شما در این لحظه از کار حرفه‌ای خود، پاسخ اغلب این سؤالات و یا همه آن را نداشته باشید؟ نگران نباشید پاسخ این پرسشها را در این کتاب همچنانکه می‌خوانید پیدا خواهید کرد و می‌توانید تجربه خود را به عنوان مشاور آغاز کنید.

### خلاصه

یک نظریه عبارت است از توضیح عملی دربارهٔ اینکه چه چیزی عملی است و چه کسی آن را عملی می‌سازد. چه وقت، کجا، چرا و چگونه عملی می‌شود؟ من در مشاوره ترجیح می‌دهم بجای لفظ نظریه از لفظ دیدگاه یا نقطه نظر استفاده کنم. در هر صورت برای یک مشاور مشغول به کار، واجب است که دیدگاهی داشته باشد تا او را در کارهایش راهنمایی نماید. از آنجا که همه نظریه‌ها یا دیدگاهها قابل استفاده کامل نیستند و نیاز دارند تا به طور دائمی خود را با تحولات روز تطبیق نمایند، بنابراین عاقلانه نیست که ما برده‌وار فقط به یکی از این نقطه نظرات تکیه کنیم؛ اما از طرف دیگر اگر یک دیدگاه برای شما قابل استفاده است پس باید بتواند نقطه نظرات شما را منعکس کند.

سالها پیش داستانی دربارهٔ یک واعظ روستایی در کوههای کارولینای شمالی می‌خواندم که به خاطر نطق آتشینش در سرتاسر آن کوهپایه معروف شده بود. روزی روزنامه شارلوت آبزور<sup>۱</sup> خبرنگاری را برای مصاحبه با آن شخص فرستاد تا راز موفقیت او

را کشف کند. بعد از انجام مراسم خبرنگار نزد او رفت، خود را معرفی کرده و سؤالاتی را تقدیم نمود. آن پیر مرد لحظه‌ای اندیشید تبسمی کرد و آهسته گفت: «من ابتدا به طور کامل مطالعه می‌کنم، سپس به طور روشن فکر می‌کنم. بعد دعا می‌کنم و سپس کار خود را شروع می‌کنم.» من هم سعی کردم از آن نصیحت پیروی کنم البته با یک چیزی اضافه بر آن و آن اینکه «به ظاهر خود نیز می‌رسم» شما نیز می‌توانید برنامه مشابهی داشته باشید.

### مشاوره میان فرهنگی

مشاوره میان فرهنگی به تفاوتهای عمده بین مشاور و مراجع اشاره می‌کند به خاطر همین تفاوتهاست که مراجع توانایی و صداقت مشاور و همچنین عدم وجود شباهت بین خود و مشاور را به طور مکرر مورد آزمایش قرار می‌دهد. مشاورانی که می‌توانند از این چالشها موفق بیرون آیند، مشاوران ماهر از نظر فرهنگی هستند. (سو ۱۹۸۱، صفحات ۱۱۰-۱۰۵):

۱. مشاور ماهر از نظر فرهنگی مشاور است که از قوم پرستی دور شده و به تفاوتها ارزش بدهد و به آنها احترام بگذارد؛ و دیگر فرهنگها را نیز مانند فرهنگ خود ارزشمند بداند.
۲. مشاور ماهر از نظر فرهنگی، مشاور است که از ارزشها و تعصاب خود آگاه است و می‌داند که چگونه ممکن است آن ارزشها و تعصاب بر یک مراجع از فرهنگی دیگر، اثر بگذارد. بنابراین چنین مشاور تلاش می‌کند از تعصب و برچسب زندهای کلیشه‌ای دوری جوید.
۳. مشاور ماهر از نظر فرهنگی، باید درک خوبی از نظام اجتماعی سیاسی جاری با توجه به برخورد آن نظام با اقلیت‌ها داشته باشد.
۴. یک مشاور ماهر از نظر فرهنگی، کسی است که با تفاوتهای موجود بین خود و مراجع، چه از نظر نژاد و یا اعتقاد احساس راحتی و آرامش می‌کند.
۵. یک مشاور ماهر از نظر فرهنگی، از محدودیتهای خود در مشاوره میان فرهنگی آشنایی داشته و در ارجاع مراجع به فردی دیگر خطر و تهدیدی را نسبت به خود احساس نمی‌کند.

۶. يك مشاور ماهر از نظر فرهنگی، آگاهی‌ها و اطلاعات تخصصی در مورد گروه یا دسته خاصی که او با آنها کار می‌کند دارد و همیشه سعی دارد که این اطلاعات را با تحولات روز سازگار نماید.

۷. يك مشاور ماهر از نظر فرهنگی، باید ارزشهای وابسته به نکات اصلی مشاوره را به وضوح درك کرده و چگونگی تعادل این ارزشها را با ارزشهای مراجعانی که از نظر فرهنگی متفاوت هستند بداند.

۸. مشاور ماهر از نظر فرهنگی باید قادر باشد تا از انواع گوناگون پیامهای کلامی و غیر کلامی استفاده کند.

۹. مشاور ماهر از نظر فرهنگی باید قادر باشد تا پیامها را بدقت و درست ارسال و دریافت کند.

بنابراین مشاور ماهر از نظر فرهنگی می‌داند که:

الف. تنها از طریق صحبت کردن (صحبت درمانی) نمی‌توان با مراجعانی که از نظر اقتصادی و فرهنگی فقیر هستند برخورد نمود.

ب. «بیان خود» ممکن است به تنهایی با تجارب ناراحت‌کننده سیاهپوستان و سرخپوستان مغایر باشد.

ج. بسیاری از مراجعان گروههای اقلیت يك رویکرد فعال-رهنمودی<sup>۱</sup> را نسبت به يك موضع غیر فعال و غیر رهنمودی ترجیح می‌دهند.

## خلاصه

مشاوران مؤثری که برای مراجعان خود برنامه‌های مؤثری را از طریق سازمانی مؤثر ایجاد می‌کنند از نظر فرهنگی، ماهر شناخته می‌شوند. چنین مشاورانی سرفرصت تلاش می‌کنند تا دیدگاه مراجع را درك کرده و با آن احساس راحتی نمایند و از آن طریق به محیط مراجع وارد شده و دنیای او را از دریچه چشم او نگاه کنند. از طرف دیگر مشاوران مؤثر مراجع و چارچوب مرجع او را با يك دید وسیع‌تر جهانی از آنچه که هست نگاه می‌کنند:

دنیایی که در آن مراجعین با فرهنگ‌های متفاوت با یکدیگر فرق می‌کنند. این مطلب در ایالت متحده به این معنی است که يك مراجع غیر سفید در جامعه‌ای با اکثریت سفیدپوستان مجبور است کار خود را در چنین جامعه‌ای انجام دهد. بنابراین مشاوران ماهر از نظر فرهنگی افق‌های مراجعان خود را به محله خاص و یا قومیت آنها محدود نمی‌کنند.

شما با مراجعانی که دارای فرهنگی متفاوت هستند چقدر راحت هستید؟ مراجعی که مذهب و یا نقطه نظرات متفاوتی دارد؟ شما از فرهنگ‌های دیگری یعنی نقطه نظرات و روش‌های عملی آن فرهنگ‌ها چه می‌دانید؟ از فرهنگ خودتان چه می‌دانید و با خودتان چقدر راحت هستید؟





## فصل دوم

### روانکاوی<sup>۱</sup>

با توجه به اینکه معدودی از مشاوران از رویکرد روانکاوی در کار حرفه‌ای خود استفاده می‌کنند ممکن است شما تعجب کنید که چرا من فصلی را در این کتاب که برای تربیت مشاوران تازه کار است، اختصاص به روانکاوی داده‌ام. من این فصل را لااقل به دو علت در این کتاب گنجانده‌ام. نخست اینکه فروید که پدر همه ما محسوب می‌شود برای اولین بار ما را با علوم رفتاری مرتبط ساخت. خصوصاً آن دسته از ما که روان‌شناس یا مشاور هستیم. ما باید ریشه‌های خود را بدانیم. دوم اینکه همه ما وارثان فروید هستیم یا به نوعی نظام او را قبول داریم و یا اینکه بر اساس نظام او کار خود را انجام می‌دهیم و رشد و پیشرفت کرده‌ایم. بنابر این به منظور درک تغییراتی که در تفکر فروید به وجود آمد باید ابتدا بدانیم که چه چیزی وجود داشته که تغییر پیدا کرده است. بعلاوه شکی نیست که متقدمان و مخالفان نظر فروید سعی دارند تا دستیابی بیشتر به ناهوشیار<sup>۲</sup> را سرکوب نمایند. زیرا

---

1. Psychoanalysis

2. Unconscious

دستیابی به ناهوشیار من می‌تواند دلیل واقعی مرابرای گنجاندن این فصل روشن سازد.

## تحول تاریخی

### زمینه شخصی

زیگموند فروید<sup>۱</sup> در ششم ماه می ۱۸۵۶ در فریبرگ<sup>۲</sup> موراویا<sup>۳</sup> که اکنون بخشی از کشور چکسلواکی است در یک خانواده مذهبی یهودی متولد شد. وقتی که سه ساله بود خانواده او به لایپزیک<sup>۴</sup> نقل مکان کردند و یک سال بعد به وین رفتند. فروید در آنجا تا سال ۱۹۳۸ زمان حمله نازی‌ها زندگی می‌کرد مطمئناً فروید در آنجا از احساسات ضد یهودی غالب بر وین آگاه بود و احتمالاً آن را تجربه کرده بود.

در پاییز سال ۱۸۷۳ فروید به عنوان دانشجوی پزشکی وارد دانشگاه وین شد و این کار علی‌رغم میل باطنی او بود. او واقعاً نمی‌خواست یک پزشک شود و بیشتر به مطالعه دربارهٔ تحولات تاریخی و فرهنگی نژاد بشر علاقه‌مند بود اشارات مکرر او در نوشته‌هایش حکایت از علاقه او به افسانه‌ها و اساطیر می‌کند و همچنین بیانگر وسعت مطالعه او در این زمینه است. با وجود اینکه فروید به مسائل نظری علاقه‌مند بود. اما خود را به عنوان یک عنصر فعال اجتماعی یا یک اصلاحگر تلقی نمی‌کرد ظاهراً او به این نتیجه رسیده بود که کسب معاش مهمتر از نظریه پرداز بودن است. به هر حال او سه سال بیشتر از آنچه که مورد نیاز بود در دوره دکتر ادیس خواند و بالاخره در سال ۱۸۸۱ به درجه دکترای نائل آمد. او از سال ۱۸۷۶ در آزمایشگاه فیزیولوژی بروک<sup>۵</sup> کار می‌کرد اما یهودی بودنش باعث عدم پیشرفت او در نظام دانشگاهی شد. لذا نیاز اقتصادی او را مجبور ساخت تا وارد حرفه پزشکی شود. در سال ۱۸۸۴ او به عنوان یک پزشک خدمت خود را در بخش بیماری‌های اعصاب در بیمارستان عمومی وین آغاز کرد. البته به علت آنکه مدیر بیمارستان علاقه

1. Sigmund Freud

2. Freiberg

3. Moravia

4. Leipzig

5. Brücke

چندانی به بیماران دارای اختلالات روانی نداشت، بیمارانی از این نوع در بیمارستان پذیرفته نمی شدند. اما به هر حال پزشکیانی که مسئول پذیرش بیماران بودند، بدون توجه به خواسته مدیر بیمارستان بیمارانی را برای فروید در خلال چهارده ماه کار او در بیمارستان می فرستادند. انتشارات بالینی فروید بالاخره باعث شد که او بتواند به عنوان استاد یار بخش آسیب شناسی اعصاب در سال ۱۸۸۵ پذیرفته شود. در همان سال به او بورس مسافرتی دادند که او را قادر ساخت تا با شارکو<sup>۱</sup> در پاریس موضوع هیستری<sup>۲</sup> را مطالعه کند.

فروید در سال ۱۸۸۶ از دواج کرد و مطب خصوصی خود را در وین باز کرد که با موفقیت کمی روبرو شد. در جولای ۱۸۹۷ زمانی که دچار مشکلی شد و تغییر حالتهای شدیدی در او ایجاد شده بود از قبیل ترس از مردن و عدم توانایی برای ادامه نوشتن، او شروع به تحلیل خود کرد و به عنوان بخشی از تحلیل خود از رؤیاهایش به عنوان درجه ای به هوشیاری<sup>۳</sup> استفاده کرد. در سال ۱۹۰۲ او دانشیار شد و در این پایه ۱۸ سال باقی ماند. فروید بالاخره در سال ۱۹۲۰ به مقام استادی کامل رسید و آن درجه را تا سال ۱۹۳۸ زمانی که از وین فرار کرد، حفظ نمود. یعنی سال کتابسوزی نازی ها (که شامل آثار او نیز شد) او در سال ۱۹۳۹ با سرطان فك در لندن دارفانی را وداع گفت. (آبلس<sup>۴</sup> ۱۹۷۹، مك و سمراد<sup>۵</sup> ۱۹۶۷)

### زمینه نظری

فروید کار خصوصی خود را در زمانی آغاز کرد که جامعه پزشکی اکثراً از آنچه که امروز به عنوان پدیده روانشناختی (متضاد پدیده جسمانی و فیزیولوژیکی) به شمار می رود، آگاه نبودند. عمدتاً تمام اختلالات، به عنوان اختلالات جسمی تشخیص داده می شدند و درمان آن نیز در همه جا جسمانی و فیزیولوژیکی بود. هنگامی که فروید در مؤسسه فیزیولوژیکی «بروک» کار می کرد با جوزف بروئر<sup>۶</sup> همکاری شد و تحت تأثیر درمان موفق آنها

1. Charcot

2. hysteria

3. conscious

4. Abeles

5. Mack & Semrad

6. Breuer

توسط پروتر قرار گرفت. زمانی که در پاریس بود مشاهده کرد که شار کو از هیپنوتیزم<sup>۱</sup> در مان هیستری استفاده می‌کند. در سال ۱۸۸۷ فروید شروع به استفاده از هیپنوتیزم در کارهای خود کرد. اما در سال ۱۸۹۲ آن را کنار گذاشت و به تکنیک تمرکز روی آورد. در این فن از بیمار خواسته می‌شود که چشمهای خود را ببندد و بر یک تخت دراز بکشد و بر یک نشانه یا عارضه بیماری به‌خصوص تمرکز نماید و سعی کند که خاطرات خود را در رابطه با آن نشانه به یاد بیاورد. هم فروید و هم بیمارانش متوجه شدند که اصرار، واری و پرسش در تکنیک تمرکز باعث می‌شود که بر جریان آزاد فکر اثر بگذارد. در نتیجه او بتدریج (۱۸۹۵-۱۸۹۲) تکنیک تداعی آزاد<sup>۲</sup> را ایجاد کرد. این نحوه کار بویژه در مورد بیمارانی که اختلالات هیستری داشتند، مؤثر واقع شد. فروید دریافت که این بیماران ابتدا قادر نبودند که علت مناسبی برای بیماری خود پیدا کنند اما همچنانکه آنها از تداعی آزاد استفاده می‌کردند می‌توانستند حادثه‌ای را که پیش از عوارض بیماری اتفاق افتاده بود و اختلال قابل ملاحظه‌ای را ایجاد کرده بود به یاد بیاورند. به نظر می‌رسید واقعه‌ای که موجب اختلال هیجانی شده بود به طور ثابت و تغییرناپذیری با بعضی از عوامل دوران کودکی بیمار ارتباط داشت.

این کشف در عوض منجر به این نتیجه شد که اغلب اوقات از به یاد آوردن این خاطرات به دلیل درگیری با تجارب جنسی یا دیگر وقایع دردناک جلوگیری می‌شده است. زمانی که بیماران فروید از صحبت کردن در باره این گونه خاطرات از خود بی میلی نشان می‌دادند، فروید آن را به عدم اشتیاق آنها به همکاری یا «مقاومت»<sup>۳</sup> آنان نسبت می‌داد. هرچه که فروید بیشتر در این پدیده تحقیق می‌کرد بیشتر قانع می‌شد که این بی میلی یا عدم اشتیاق یک مقاومت هوشیارانه و فعال نیست بلکه بواسطه نیرویی است که در ذهن بیمار وجود دارد. او این نیرو را سرکوبی یا واپس زنی<sup>۴</sup> نامید. فروید سرکوبی را اساس و منشأ

---

1. hypnosis

2. free association techniaue

3. resistance

4. repression

به وجود آمدن نشانه‌های بیماری تلقی می‌کرد.

ابتدا فروید از يك عامل برجسته و بارز در اختلالات بیمارانش آگاه نبود اما هنگامی که هجده موردی را که قبلاً تحلیل کرده بود، دوباره بررسی نمود دریافت که يك عامل جنسی در همه آنها یافت می‌شود. آزمایشات بیشتر در مورد نشانه‌های بیماری‌های غیر از هیستری مانند وسواسهای فکری<sup>۱</sup> و وسواسهای عملی<sup>۲</sup>، هراس<sup>۳</sup> آشکار نمود که این بیماران از آثار باقیمانده از تجارب جنسی اولیه ناراحت هستند. اندیشه‌ها و آرزوهای بزرگسالان نیز به خاطر وجود ارزشهای اخلاقی در آنها برای بیماران قابل قبول نبود. بیماران ابتدا این افکار پریشان را از طریق دور کردن آنها از آگاهی خود خنثی و بی‌اثر کرده بودند. اما متأسفانه آن افکار دور و بی‌اثر نماندند، زیرا تجارب بعدی باعث رها سازی و آزادی آن افکار به صورت دیگری شدند بنابراین این علائم و نشانه‌های بیماری باعث شد که آرزوهای اولیه و سرزنش و ملامت خود که ناشی از داشتن آن آرزو است آشکار شود. فروید همچنین کشف کرد که خاطرات بیماران از فعالیت‌های جنسی دوران اولیه کودکی در واقع فقط يك نوع خیالبافی است. در نتیجه او تمایلات و آرزوهای ناهوشیار را به عنوان عامل اصلی و تعیین کننده آسیب شناسی روانی دانست. (راد ۱۹۷۶). در واقع فروید (۱۹۶۲) يك تعریف عملی از روان درمانی ارائه کرد که در آن تعریف مفاهیم سرکوبی، فعالیت‌های ذهنی ناهوشیار و انتقال<sup>۴</sup> را با یکدیگر ترکیب کرده بود. سرکوبی که اساس نظریه روانکاوی است به نوبه خود از طریق انتقال آشکار می‌شود.

### نظریه شخصیت

#### تعریف واژه‌ها

اصل لذت (pleasure principle) به مفهوم اساسی روانکاوی گفته می‌شود که بشر

- 
1. obsession
  2. compulsion
  3. phobia
  4. transference

به طور غریزی سعی دارد تا از درد و ناراحتی پرهیز کرده و جهت ارضا و لذت تلاش کند. اصل واقعیت (reality principle) عبارت است از مفهومی که اصل لذت به طور معمول به وسیله خواست‌های غیر قابل اجتناب و شرایط جهان خارج تغییر می‌کند. اضطراب (anxiety) عبارت است از بیم، تنش یا احساس ناآرامی که ناشی از پیش‌بینی خطری است که منبع آن عمدتاً ناشناخته می‌باشد.

انتقال (transference)، این واژه به انتقال ناهوشیارانه احساسات و نگرش‌هایی اطلاق می‌شود که به دیگران منتقل می‌شود که معمولاً آن فرد روانکاو است. این احساسات و نگرش‌ها در اصل با شخصیت‌های مهم اوایل زندگی فرد، یعنی والدین ارتباط و پیوند دارد. انتقال متقابل (countertransference) عبارت از واکنش هوشیار یا ناهوشیار درمانگر نسبت به بیمار است.

پالایش (catharsis) تخلیه درمانی افکار از طریق گفتگو و صحبت کردن در باره موضوعات هوشیارانه است که همراه با واکنش‌های هیجانی مناسب می‌باشد و در معنایی عمیق‌تر پالایش، تخلیه موضوع سرکوب شده از ناهوشیار به هوشیار است. تثبیت (fixation) یعنی هنگامی که بلوغ روانی جنسی در مرحله‌ای متوقف شود. تأخیر در رشد را تثبیت می‌نامند.

تحلیل آموزش (training analysis) یعنی تحلیل منش کسی که قرار است در آینده روانکاو یا تحلیل‌گر بشود این کار به منظور تربیت او در چارچوب مفاهیم و مسائل روانکاوی صورت می‌گیرد.

تخلیه هیجانی (abreaction) یعنی آزاد یارها سازی هیجانی ناشی از یادآوری آگاهانه یک تجربه دردناک که به خاطر غیر قابل تحمل بودنش سرکوب شده بود.

تداعی آزاد (free association) عبارت است از گفتار خود انگیزه و سانسور نشده بیمار در باره هر آنچه که به ذهنش می‌رسد. تداعی آزاد تکنیک اولیه، برای تخلیه مطالب سرکوب شده است.

تعادل حیاتی (homeostasis) گرایش موجود زنده برای حفظ و نگهداری و استواری و ثبات محیط درونی خود است.

خودشیفتگی (narcissism) شخصیتی است در افسانه‌های یونانی که عاشق خود شد. خودشیفتگی یعنی عشق به خود که مخالف عشق به دیگران است.

خود یا من (ego) بخشی از ساختار شخصیت که واسطه‌ای است بین شخص و واقعیت. وظیفه نخست آن عبارت است از درک واقعیت و تطابق با آن. خود همچنین می‌تواند به عنوان واسطه‌ای بین تقاضاهای نهاد و فرآخود عمل کند.

روان رنجوری انتقال (transference neurosis) یعنی یک روان رنجوری مصنوعی که در خلال درمان روانکاوی واقع می‌شود و روانکاو نماینده یکی یا هر دو والدین است. گویی که روانکاو، یکی از والدین واقعی بیمار در دوران کودکی اوست.

روش تمرکز (concentration method) پیش در آمد تداعی آزاد است. این روش اولیه بیمار را مجبور می‌سازد که فکر خود را بر یک نشانه خاص متمرکز کرده و سپس سعی نماید که خاطرات همراه با آن را به یاد بیاورد.

زیست مایه (libido) یک انرژی یا سائق روانی است که معمولاً با غریزه جنسی همراه می‌باشد.

سائق (drive)، وراثت عامل تعیین کننده سائق است. سائق تشکیل دهنده روان است. زمانی که فعال می‌باشد، یک حالت هیجان روانی را ایجاد می‌کند. این هیجان یا تنش فرد را وادار به فعالیت می‌کند.

عقده اختگی (castration complex) یعنی مجموعه‌ای از افکار هیجانی که ناهوشیار بوده و به ترس از دست دادن عضو جنسی مربوط می‌شوند که معمولاً به عنوان مجازاتی برای تمایلات جنسی ممنوع شده می‌باشد. این ترس به خیالپردازی‌های دوران کودکی زمانی که تصور می‌کند آلت جنسی زنانه به خاطر از دست دادن آلت جنسی مردانه است مربوط می‌شود.

عقده ادیپ (oedipus complex)، ادیپ نیز شخصیتی در افسانه‌های یونانی است که پدرش را کشت و با مادرش ازدواج کرد. در اینجا به دلبستگی به یکی از والدینی که مخالف جنس اوست اطلاق می‌شود. این دلبستگی با احساسات حسادت آمیز و تهاجمی نسبت به والد همجنس خودش همراه است.



غبطه آلت (penis envy) به معنی دقیق کلمه به غبطه‌ای که زنان نسبت به مردان دارند اطلاق می‌شود. به طور کلی این مطلب اشاره دارد به آرزوی زنان نسبت به مرد بودن یا موقعیت و امتیازات مردان را داشتن.

غریزه (instinct) طبق نظر فروید يك میل یا گرایش اولیه است که نمی‌تواند قبلاً رفع شود.

فراخود (super ego) بخشی از ساختار شخصیت است که با اخلاقیات، معیارها و انتقاد از خود همراه است. فراخود به وسیله همانندسازی کودک با افراد مهم و محترم در دوران اولیه زندگی بخصوص با والدین شکل می‌گیرد.

فرایند ثانویه (secondary process) یعنی فعالیت و تفکر ذهنی که ویژگی «خود» است و از خواست‌های محیط متأثر می‌باشد.

فرایند نخستین (primary process)، روانکاوان این واژه را معمولاً برای فعالیت‌های ذهنی نامنظم که ویژگی يك زندگی ذهنی ناهوشیار است به کار می‌برند که علامت آن تخلیه آزاد انرژی و هیجان روانی بدون توجه به تقاضاهای محیط یا واقعیت یا منطق است.

مقاومت (resistance) عبارت است از دفاع روانی هوشیارانه یا ناهوشیارانه فرد در برابر آشکار شدن موضوعات و مطالب سرکوب شده.

مکانیسم دفاعی (defense mechanism)، مکانیسم‌های دفاعی یا «دفاعهای از خود» که عبارت است از دفاعهای درون روانی<sup>۱</sup> ویژه که به طور ناهوشیار عمل می‌کنند و به منظور رهایی از تضاد هیجانی و آزادی از اضطراب به کار گرفته می‌شوند.

ناهوشیار (unconscious) بخشی از ذهن یا کارکرد ذهنی است که فرد مستقیماً قادر به دسترسی به محتوای آن نیست. این بخش انبار و مخزن مطالب سرکوب شده می‌باشد. نهاد بخشی از ساختار شخصیت است که مأمور تنظیم ناهوشیار، کوششها و امیال غریزی فرد است. نیمه هوشیار به افکاری اطلاق می‌شود که در آگاهی فوری و بی‌واسطه قرار ندارد اما می‌توان از طریق کوشش آگاهانه آن را به یاد آورد.

هوشیاری (conscious) بخشی از زندگی فکری یا ذهنی که فرد در هر لحظه از زمان بدان آگاه است.

### ماهیت انسان

اگرچه نظریه روانکاوی نظریه بسیار پیچیده‌ای است و گاهی درك آن بسیار مشکل می‌باشد، اما به نظر می‌رسد که دربارهٔ ماهیت انسان دارای هفت نوع فرض اساسی است. (آلن ۱۹۷۷، صفحه ۶۰)

۱. شخصیت نظام انرژی بسته‌ای است که به وسیله امیال زیستی و غریزی تغذیه و تقویت می‌شود.

۲. این امیال به سمت کاهش تنش‌های زیستی هدایت می‌شوند. و با محدودیت‌های محیطی و ممنوعیت‌های اخلاقی در تضاد قرار می‌گیرند.

۳. رشد روانی از طریق برخورد موفقیت‌آمیز با خواسته‌های متغیر و متضاد غرایز، محیط و اجتماع به وجود می‌آید.

۴. رشد از مراحل تکاملی ثابتی عبور می‌کند. نیازمندی‌های هر مرحله باید پیش از آنکه شخص بتواند به مرحله بعدی برود، تأمین شود.

۵. فعالیت‌های انسان کاملاً جبری است. به عنوان مثال تمام رفتارهای انسان ناشی از عوامل تعیین‌کننده هوشیار و ناهوشیار می‌باشند. انسان هرگز تصادفی یا خودانگیخته و آزادانه عمل نمی‌کند.

۶. ناهوشیار عامل تعیین‌کننده رفتار است، طبق قوانین و بر اساس يك الگوی پویا عمل می‌کند. عوامل مؤثر ناهوشیار نسبت به ناهوشیار تأثیر بیشتری بر افکار و اعمال انسان دارد.

۷. از آنجا که برقراری تعادل میان مجموعه نیروهای پیچیده‌ای که با یکدیگر رقابت می‌کنند مشکل است، رشد بآسانی خنثی می‌شود و بنابراین دستیابی به حالت سلامت طبیعی مشکل می‌شود.

در آثار ادبی روانکاوی اشارات بسیار زیادی به سائقهای غریزی یا صرفاً غرایز وجود دارد «سائق» برگردان دقیق‌تری از واژه TREIBO فروید است. فروید نظریه انگیزش خود را

چندین بار مورد تجدید نظر قرار داد و بالاخره به این مفهوم دست یافت که سکس و پر خاشگری دو سائق هستند که ارتباط و پیوند بیشتری با آسیب شناسی روانی دارند. این دو سائق سه خصیصه اساسی دارند که در سائقهای دیگر وجود ندارد.

الف. خصیصه میان فردی بودن، یعنی متوجه افراد دیگر است.

ب. تغییر پذیر بودن، یعنی به صورت مختلف ارضای می شوند.

ج. تأخیر پذیر بودن، یعنی لزومی به ارضای فوری آنها نیست.

فروید دریافت که بیمارانش تضادهای شدیدی را تجربه کرده‌اند که عمدتاً ناهوشیار بوده و اغلب به طور جدی رفتار و احساسات آنها را تحت تأثیر قرار داده است. این تضادها برخلاف تضادهای هوشیار، عموماً نامناسب و نسبت به منطق و استدلال بی تأثیر هستند و بآسانی حل نمی شوند و ریشه در تجربیات کودکی دارند. اساس این تضادها در میان برخی سائقها، آرزوها یا احساسات خاص و خواستهای واقعی یا بایدهای وجدان نهفته است. اگر این آرزوها و سائقها در هوشیاری پذیرفته شوند باعث اضطراب و احساس گناه شدید می شوند. مکانیزمهای دفاعی نیز همان پاسخهای اجتنابی ناهوشیارند که هم از شناخت این آرزوها و هم از دستیابی به آنها جلوگیری می کنند و بنابر این فرد را قادر می سازند تا از احساسات ناخوشایند و تنبیه دوری جوید. شدت درد و نگرانیهای بیماران فروید در مورد خودشان و جهان پیرامونشان تفاوتهای قابل ملاحظه‌ای داشت لذا، فروید معتقد بود که سائقها از نقطه نظر شدت و ضعف با یکدیگر متفاوتند، این مطلب او را به این نتیجه رساند که فرد هنجار و ناهنجار تنها از نظر کمی با یکدیگر متفاوتند یعنی از نظر میزان شدت و ضعف با هم فرق می کنند و نه از نظر نوع. (پریس ۱۹۷۲، رادر ۱۹۷۶)

### ساختار شخصیت

در تفسیر رؤیا فروید کوشش می کرد تا نظریه مکانی ذهن را نشان دهد. او ذهن را به سه ناحیه ناهوشیار، نیمه هوشیار و هوشیار بر اساس رابطه‌ای که با هوشیاری دارند تقسیم کرد. او نظریه خود را از طریق تفسیر رؤیا، تحلیل روان رنجوری‌ها و مطالعه آسیب شناسی روانی، شوخ طبعی‌ها، شوخی‌ها و لغزشهای کلامی زندگی روزمره و مانند اینها استنباط نمود.

ناهوشیار ناهوشیار انبار و مخزن افکار و احساسات سرکوب شده می باشد؛ معمولاً مطالب ناهوشیار قابل دسترسی به صورت آگاهانه نمی باشند و تنها از طریق نیمه هوشیار که به عنوان سانسور کننده و یا دروازه بان عمل می کند، می توانند هوشیار شوند. افکار سرکوب شده تنها زمانی هوشیار می شوند که نیمه هوشیار فرد مسلط شود (از نشانه های روان رنجوری یا روان درمانی) و یا در حالت آرامش عضلانی قرار گیرد (هیپنوتیزم یا حالت های شبیه به رؤیا) و یا وقتی که خود را فریب می دهد (شوخی ها).

ناهوشیار با آنچه که فروید آن را «فرایند تفکر نخستین»<sup>۱</sup> نام داد ارتباط و پیوند دارد. ناهوشیار به سوی ارضای آرزوها، رهاسازی انرژی غریزی هدایت می شود (اعمال مربوط به اصل لذت) بنابراین ناهوشیار در ضمن انجام کار و عمل به منطق توجهی ندارد، تضادها را نشان می دهد. از گفتن «نه» اجتناب می ورزد. هیچ مفهومی از زمان ندارد و آرزوها را بیان می کند. محتوای ناهوشیار به آرزوهایی محدود می شود که به دنبال برآورده شدن هستند و مواد لازم برای شکل گیری رؤیاها و نشانه های روان رنجوری ها را فراهم می سازد و بالاخره ناهوشیار شامل نموده های ذهنی و شقوق مختلف غرایز و مخصوصاً غرایز جنسی می باشد. (مک و سمراد ۱۹۶۷)

نیمه هوشیار (preconscious) این ناحیه از ذهن در زمان تولد وجود ندارد ولی در تعامل کودک با محیط شکل گرفته و رشد می کند. عناصر مربوط به ناهوشیار تنها زمانی می توانند هوشیار شوند که به کلمات دست یابند و بعد به نیمه هوشیار برسند. از طرف دیگر یکی از کارکردهای نیمه هوشیار این است که امیال و آرزوها را سانسور کرده و سرکوب می کند و بنابراین آنها را در ناهوشیار نگه می دارد. نوع فعالیت ذهنی که به نیمه هوشیار مربوط می شود، فرایند تفکر ثانویه<sup>۲</sup> نام دارد که سعی می کند از ناخوشی اجتناب کرده (نه فقط اجتناب از درد)، تخلیه های غریزی را به تأخیر اندازد و انرژی ذهنی را در خدمت واقعیت برونی و منطق تنظیم نماید. (مک و سمراد ۱۹۶۷)

1. primary process thinking
2. secondary process thinking

هوشیار (conscious) فروید ناحیه هوشیار را به عنوان نوعی اندام حسی مربوط به آگاهی که با ناحیه نیمه هوشیار از نزدیک کار می‌کند، در نظر گرفت. از آنجا که يك فرد ممکن است از طریق اندامهای خود از محرك ادراکی آگاهی یابد، تنها عناصر مربوط به نیمه هوشیار می‌توانند به هوشیار وارد شده و مابقی ذهن قابل دسترسی به آگاهی نیستند چنانچه شما به ذهن به عنوان يك توده یخ شناور بنگرید، تنها يك دهم قسمت بالای آن که از روی آب قابل مشاهده است ناحیه هوشیار ذهن می‌باشد. خط فاصل بین یخ و آب نیمه هوشیار است و نه دهم یخ در زیر آب ناهوشیار می‌باشد. (مک و سمراد ۱۹۶۷)

با انتشار مطلب خود و نهاد<sup>۱</sup> در سال ۱۹۲۳ فروید نقطه نظر جدیدی را به الگوی ساختاری خود اضافه نمود. برای توضیح بیشتر و کاملتر می‌توان گفت که تضادهای درون‌روانی<sup>۲</sup> فرد به طرق مختلف محدود شده است. از جمله اینکه فروید ذهن را به نهاد، خود و فراخود تقسیم می‌کند و در عین حال نیز ناهوشیار، نیمه هوشیار و هوشیار را نیز حفظ می‌نماید. او میان فرایند نخستین و فرایند ثانویه تمایز قائل می‌شود. فرایند نخستین يك الگوی ابتدایی، نامنظم و غیر منطقی است که تحت سلطه و کنترل فشارهای مربوط به واقعیت و زمان قرار نمی‌گیرد. قصد و نیت اصلی «تفکر فرایند نخستین» سرعت بخشیدن به تخلیه انرژی ذهن است. اصل لذت و اژه‌ای است که کوشش غیر قابل تشخیص اجتناب از تنش را که جزء ذات فرایندهای نخستین است توضیح می‌دهد. از طرف دیگر فرایند ثانویه منظم‌تر و مهار شده است که ویژگی آن بازتاب و سلطه‌پذیری ضروریات مربوط به واقعیت، زمان و منطق است. فروید اصل واقعیت را به عنوان مکانیسم نظم‌دهنده برای فرایند تفکر ثانویه تدوین کرده است که این اصل بر تأخیر ارضای آنی برای به دست آوردن ارضا در آینده استوار است.

نهاد (id) فروید نهاد را به عنوان نظام اصلی شخصیت می‌داند. يك كودك تازه به دنیا آمده تماماً نهاد است. نهاد در طول زمان رشد نمی‌کند بلکه بدون تغییر باقی می‌ماند. نهاد يك

1. Ego and the id

2. intrapsychic

آشفستگی نامنظم است «يك ديگ غلیان مملو از شور و هیجان جنسی» (فروید ۱۹۳۳) نهاد شامل غرایز و منبع انرژی روانی می باشد. کارکرد نهاد این است که انرژی رها شده در ارگانیزم را تخلیه کند و سطح تنش را تا آنجا که ممکن است پایین نگاه دارد. برای انجام این کار نهاد در جستجوی ارضای فوری سائقهای غریزی می باشد. نهاد ممکن است در جستجوی کامرواسازی و تخلیه تنش چه به صورت مستقیم از طریق بازتاب حرکتی و یا غیرمستقیم از طریق برآوردن امیال (فرایند نخستین) باشد. از آنجا که نهاد بین واقعیت عینی و ذهنی تفاوتی قائل نمی شود. فرایند نخستین ممکن است توهم ها<sup>۱</sup> یا رؤیاهارا برای برآورده کردن سائقهای غریزی نهاد ایجاد نماید. عملکرد نهاد ناهوشیار است ولی مترادف و مساوی با ناهوشیار نیست زیرا که بعضی از کارکردهای فراخود نیز ناهوشیار می باشند. (پریس ۱۹۷۲)

**خود** همچنانکه روز به روز نوزاد تعامل بیشتری با دنیای بیرون برقرار می کند بخشی از نهاد به عنوان «خود» تفکیک می شود. خود، جدای از نهاد رشد می کند زیرا که ارگانیزم، نیاز به کنار آمدن با دنیای بیرون دارد. خود، مانند نهاد در جستجوی کامروایی است ولی برخلاف نهاد، خواست های دنیای بیرون را به حساب می آورد. به عنوان مثال خود قادر است که کامروایی کوتاه مدت را به جهت اطمینان از کامروایی بلندمدت در آینده به تأخیر بیندازد. بنابراین خود به وسیله اصل واقعیت اداره می شود و به وسیله «فرایند تفکر ثانویه» عمل می کند. «خود» بر تجربیات گذشته تأکید دارد و می خواهد مؤثرترین شیوه دست یابی به کامروایی را مورد قضاوت قرار دهد. بنابراین خود بخش سازمان یافته نهاد و مجری شخصیت است. کارکردهای «خود» عبارت است از:

الف. رشد و حفظ «حس واقعیت»<sup>۲</sup>

ب. آزمایش واقعیت از طریق ارزیابی و قضاوت عینی از جهان بیرونی.

ج. تطبیق با واقعیت به وسیله استفاده از منابع و استعداد های خود برای رسیدن به

1. hallucinations  
2. sense of reality

راه‌حلهای رضایت بخش.

د. کنترل و تنظیم سائقهای غریزی.

ه. رشد روابط عینی و ارضا کننده متقابل.

و. دفاع از خود در برابر تهدید (مک و سمراد ۱۹۶۷)

فراخود<sup>۱</sup> در خلال سومین مرحله رشد (تناسلی)، کودکان دچار تعارض ادیبی می‌شوند. پسران میلند مادرانشان را و دختران پدرانشان را در مالکیت خود داشته باشند. این امیال برای والدینی که همجنس آنها هستند ایجاد ناکامی می‌کند و خصومت حاصل (که برای والدین غیر قابل قبول است) منجر به تنبیه کودکان می‌شود. بنابراین در خلال رشد ارزشهای (مثبت یا منفی) والدین به وسیله کودک درونی می‌شود. آن بخش از خود که ارزشهای والدینی (یا اجتماعی) را درون فکنی می‌کند، فراخود نامیده می‌شود. فراخود از دو نظام فرعی تشکیل می‌شود: هوشیار و «خودآرمانی»<sup>۲</sup>. هوشیار، (ارزشهای درون فکنی شده از دیگران) بیانگر آن چیزهایی است که فرد معتقد است که نباید آنها را انجام بدهد. خود آرمانی (ارزشهایی که به وسیله کودک فرا گرفته شده) نشانگر آن چیزهایی است که فرد علاقه‌مند به انجام دادن آنهاست. هر يك از آنها یا هر دو آنها اغلب در تعارض با نهاد قرار می‌گیرند. اما این تعارضها عمدتاً در سطح ناهوشیار عمل می‌کنند.

فروید در آثار اولیه خود این سه ناحیه از ذهن را به صورت اصول سازمان یافته و منظم ارائه نمود. اما آثار بعدی فروید و پیروانش این نواحی را به صورت مادی نشان دادند که دارای زندگی و واقعیت خاص خودشان هستند. (مک و سمراد ۱۹۶۷)<sup>۳</sup>.

### رشد شخصیت

فروید عقیده داشت که شخصیت در پنج سال اول زندگی بخوبی شکل می‌گیرد. مجموعه‌ای از مراحل رشد روانی جنسی وجود دارد که گرچه در مورد افراد مختلف متفاوت است اما اصول آن برای همه یکسان می‌باشد. برای درک کامل نظریه فروید باید

1. superego

2. ego ideal

3. Mack & Semrad

به یاد داشته باشیم که او واژه جنسیت (سکس) را در معنای وسیع تری از آنچه که امروزه به کار می رود مورد استفاده قرار داد. نواحی شهوت را<sup>۱</sup> از نظر فروید شامل دهان<sup>۲</sup>، مقعد<sup>۳</sup> و اندام تناسلی<sup>۴</sup> است. جنسیت در برگیرنده تحریک همه نواحی شهوت را می باشد (البته نه لزوماً به طور همزمان) بنابراین آنرا می توان بیشتر به مفهوم لذت<sup>۵</sup> مرتبط دانست تا عطش جنسی تناسلی<sup>۶</sup>. معهذافروید معتقد بود که نواحی شهوت را در رشد شخصیت اهمیت دارند. زیرا که منبع اولیه برانگیختگی جنسی برای نوزاد هستند. بعلاوه تحریک این نواحی کودک، اغلب به سانسور والدین منتهی می شود که به نوبه خود منجر به درماندگی و اضطراب می گردد. فروید سه مرحله پیش تناسلی<sup>۷</sup> را تشخیص داد، دهانی<sup>۸</sup>، مقعدی<sup>۹</sup> و آلتی<sup>۱۰</sup>. پس از این مراحل، مرحله نهفتگی قرار دارد (یعنی پنج یا شش سال دوران آرامش) فرد پس از مرحله نهفتگی وارد مرحله نهایی، دیربا و تناسلی می شود. (پرایس ۱۹۷۲)

**مرحله دهانی** در خلال یک سال اول زندگی نوزاد، دهان منبع اولیه لذت و کاهش تنش می باشد کار دهان ابتدا جذب و گرفتن غذاست. پس از آنکه دندانها به وجود آمدند نوزاد از گاز گرفتن، مکیدن و بلعیدن (جذب) لذت می برد. این دو فعالیت یعنی جذب و گاز گرفتن ممکن است در ویژگی ها و صفات شخصیتی متمایزی آشکار شود. به عنوان مثال کودکی که در حالت جذب تثبیت شده است ممکن است انسان ساده لوح و زودباوری بشود که هر چه را به او می گویند قبول می کند (می بلعد و فرو می برد) کودکی که گاز می گیرد ممکن است به بزرگسالی تبدیل شود که از نظر کلامی پرخاشگر است و غیبت همه کس را می کند.

از آنجا که نوزاد تقریباً به طور کامل در این مرحله چه از لحاظ حفاظت و چه تغذیه

1. erogenous
2. mouth
3. anus
4. genital organs
5. pleasure
6. genital sexuality
7. pregenital stages
8. oral
9. anal
10. phallic



وابسته به مادر است. ممکن است در رابطه بین مادر و کودک دو نوع تهدید که به استواری و پایداری کودک در آینده مربوط می‌شود وجود داشته باشد مثلاً اگر رابطه بسیار نزدیک و راحت باشد کودک ممکن است بیش از حد وابسته به مادر بشود. از سوی دیگر اگر رابطه بسیار دور و اضطراب‌آور باشد ممکن است در کودک احساسات عدم امنیت که بر طرف شدنی هم نیست، به وجود بیاید. چنانچه رابطه به طور مناسبی گرم و نزدیک باشد و زیاده‌روی هم وجود نداشته باشد کودک مهر، عطوفت و اعتماد به دیگران را در زندگی خود رشد می‌دهد (آبلس ۱۹۷۹، پرایس ۱۹۷۲)

مرحله مقعدی در خلال سال دوم کودک از فشاری که به مقعدش وارد می‌شود به عنوان یک عامل ناراحت کننده آگاه می‌شود. همچنانکه کودک کشف می‌کند که چگونه از این ناراحتی‌رهایی یابد والدین آموزش آداب توالت رفتن را به او شروع و تحمیل می‌کند. این نخستین تعارض بین والدین و کودک است. در اینجا نیز کیفیت رابطه میان والدین و کودک بسیار تعیین کننده است. اگر والدین بیش از حد خشن باشند کودک ممکن است با نگهداری مدفوع خود طغیان کند و با گذشت زمان ممکن است شخصیت «مقعد نگهدار»<sup>۱</sup> (کینه توز و لجوج) در او ایجاد شود. اگر رابطه راحت باشد و کودک به خاطر کوششهایش مورد تحسین قرار گیرد اساس و پایه برای خلاقیت و کارآیی در بزرگسالی ایجاد می‌گردد.

مرحله آلتی بین سنین سه تا پنج سالگی رشد روانی-جنسی پسران و دختران بر اساس اینکه آنها آلت مردانگی دارند یا نه، از یکدیگر متمایز می‌شوند. در خلال این دوره پسر با آلت تناسلی خود مشخص می‌شود و علاقه شدیدی به آن نشان می‌دهد. خیالبافی‌های جنسی و کنجکاوی درباره سکس افزایش می‌یابد و استمنای تکرار می‌شود. تهدید اختگی زمانی به صورت یک ترس واقعی در می‌آید که پسران کشف می‌کنند که دختران آلت تناسلی مردانگی را ندارند. دختران وقتی آگاه شوند که آلت تناسلی مردانه را ندارند، احساس محرومیت می‌کنند و غبطه می‌خورند. فروید به این عقیده‌اش که دختران و پسران به آلت تناسلی مردانه ارزش زیادی می‌گذارند و ترس از اخته شدن دارند، سخت پایبند بوده است.

مشخصه برجسته مرحله آلتی برای هر دو نوع جنس عقده ادیبی است که پیش فرض آن این است که کودک به سمت یکی از والدین مخالف جنس خود به صورت شهوانی کشیده می شود و در مورد دیگری عصبانیت و خشم را تجربه می کند. پسر، پدر خود را به عنوان رقیب عواطف مادر خود می بیند. او می تواند هم در مورد جای پدر را گرفتن (یعنی معشوقه مادر خود بودن) خیالبافی نماید و هم جانشین مادرش شود (معشوقه پدرش شود) مورد اول به عقده ادیبی مثبت مربوط می شود در حالیکه در مورد دوم (گاهی اوقات) به عنوان عقده ادیبی منفی شناخته می شود. در عقده ادیبی مثبت کودک از این هراس دارد که پدرش رقیب خود را از طریق صدمه زدن به اندام او تنبیه کند. (اضطراب اختگی). در عقده ادیبی منفی پسران از این می ترسند که شبیه مادرانشان شوند یعنی بدون آلت تناسلی. در هر دو حالت کودک هویت خود را از دست می دهد.

دختران ممکن است با پدر خود از این جهت رابطه برقرار کنند که او را رقیبی برای عواطف مادر می انگارند؛ اما قاعده این است که رقابت آنها بشدت پسران نیست دختران خردسال هنگامی که به خاطر از شیر گرفتن و آموزش آداب توالد رفتن احساس درماندگی می کنند، شروع به دوری جستن از مادر کرده و به سمت پدر میل پیدا می کنند این نارضایتی هنگامی عمیق تر می شود که او مادرش را سرزنش می کند که چرا به او آلت تناسلی مردانه نداده است. همین که احساسات او نسبت به پدرش شدت یافت در مورد داشتن آلت تناسلی و حذف مادرش به عنوان رقیب خیالبافی می کند. بزودی تمایل به داشتن آلت تناسلی مردانه را برای تمایل او به اینکه از پدرش بچه دار شود باز می کند. (آبلس ۱۹۷۹)

مرحله نهفتگی<sup>۱</sup> هنگامی که کودک به سن پنج یا شش سالگی می رسد طوفانهای مرحله ادیبی کاهش یافته و خاطرات مربوط به آن سرکوب می شود. احساسات جنسی به طور فزاینده ای جای خود را به احساسات عاطفی می دهد و از شدت دشمنی و خصومت او کاسته می شود در خلال این مرحله «خود» تقویت می شود. کودک فعالیت های شناختی را افزایش می دهد و وقت بیشتری را با کودکان همجنس خود می گذراند و با همسانی

بیشتری به اصل واقعیت می‌چسبد. تمام این تغییرات حاکی از عملکرد فرایند ثانویه است. ارزشهای بیشتر و بیشتری از والدین را درون فکنی می‌کند و به این ترتیب هسته اصلی فرایند خود را تشکیل می‌دهد. مرحله نهفتگی تا زمان بلوغ در سن یازده سالگی ادامه می‌یابد و به طور کلی می‌توان گفت که بین نه تا چهارده سالگی است. (آبلس ۱۹۷۹)

مرحله تناسلی سه مرحله اول رشد را می‌توان با ویژگی خودشیفتگی<sup>۱</sup> شناخت. اما در مرحله تناسلی این «عشق به خود»<sup>۲</sup> تغییر کرده و به عشق به دیگران تبدیل می‌شود. با آغاز بلوغ کودک به مرحله‌ای از رشد وارد می‌شود که احتمالاً رفتار بالنده «دگرخواهی جنسی»<sup>۳</sup> به اوج خود می‌رسد. در این مرحله‌هایی از رشد یک فرد بهنجار از فعالیت‌های دهانی-مقعدی یا فعالیت‌های «خودزاد»<sup>۴</sup> لذت نمی‌برد. چه دختر و چه پسر از «اضطراب اختگی»<sup>۵</sup> یا عقده ادیبی حل نشده رنج نمی‌برد، بلکه از داشتن رابطه با جنس مخالف بیشترین لذت را می‌برد. آثار مراحل پیش تناسلی به طور کامل از بین نمی‌رود بلکه با آثار مرحله تناسلی آمیخته می‌شود. بنابراین سازمان‌هایی شخصیت فرد کارکرده‌ها مراحل رشد است که سعی دارند بر منش فرد بزرگسال تأثیر بگذارند. (آبلس ۱۹۷۹، پرایس ۱۹۷۲)

رشد رفتار ناسازگار<sup>۶</sup>

طبق نظر ماک و سمراد در سال ۱۹۶۷، نظریه روان رنجوری‌ها (یا نوروتیک مانند هیستری، نوروز و سواس<sup>۷</sup> و هراس<sup>۸</sup>) هسته اصلی مفهوم روانکاوی آسیب شناسی روانی است. روان رنجوری‌ها زمانی به وجود می‌آیند که تعارض درون روانی بین سائقها (معمولاً سائقهای جنسی) از یک طرف و ترسها از طرف دیگر وجود دارد. این تعارض از برآورده شدن سائقها در واقعیت جلوگیری می‌کند. وقتی که انرژی لیبیدوی سائق (زیست مایه سائق)

- 
1. narcissistic
  2. self - love
  3. heterosexual
  4. autoerotic
  5. castration anxiety
  6. maladaptive behavior
  7. obsessional neuroses
  8. phobia

تخلیه نمی شود پس باید خود سائق سرکوب گردد. در هر صورت فرایند سرکوبی باعث ناهوشیار شدن سائق می شود و قدرت یا انرژی آن از بین نمی رود. در نتیجه انرژی محصور سائق سرکوب شده به صورت يك نشانه نوروتیک (روان رنجوری) ظاهر می شود.

در طول رشد شخصیت دگرگونی های زیادی ممکن است به رشد يك رفتار ناسازگار یا آسیب روانی كمك كند محرومیت از گرمی مادرانه و عدم مواظبت از كودك در چند ماهه اول زندگی می تواند رشد «خود» را مختل كند. شكست در همانندسازی مناسب، باعث می شود كه «خود» به عنوان مجری شخصیت تضعیف شود. ناهمسانی والدین، پرخاشگری بیش از حد و یا آسانگیری زیاد، ممكن است به كار كرد نامناسب فرآخود منتهی شود. تعارض میان سائقهای غریزی ممكن است به كار كرد نامناسب فرآخود منتهی شود. تعارض میان سائقهای غریزی ممكن است قدرت «خود» را برای تقعید یا الایش هر يك از سائقهای متعارض كاهش دهد و بنابراین «خود» را از عمل كرد مستقل باز می دارد.

به طور خلاصه، روان رنجوری به دلیل عدم وجود تعادل بین تكانه هایی كه در جستجوی تخلیه و رهایی هستند از يك طرف، و نیروهای پویایی كه وظیفه كنترل آنها را به عهده دارند از طرف دیگر به وجود می آید؛ وقتی كه تكانه ها نتوانند در هوشیاری تحمل شوند و فرد نتواند به طور مؤثری در برابر آنها دفاع كند، «خود» راه دیگری ندارد جز اینکه نشانه های روان رنجوری ایجاد نماید. كه در این صورت به عنوان روان رنجور شناخته می شود. بنابراین هدف رفتار روان رنجور اولیه كاهش تنش یا تعارض است. (مك و سمراد ۱۹۶۷)

فروید در خلال تجارب بالینی خود دریافت كه بیماران به كمك فن جدید تداعی آزاد می توانند تجربیات دوران كودکی خود را به یاد آورند تجربیاتی كه بدون تداعی آزاد در ناهوشیاری مدفون باقی می مانند بعلاوه این تجارب «آسیب ز»<sup>۱</sup> ترسناك می باشند. زیرا آنها رابطه بین والدین و كودك را تهدید می كنند. تجربیات اكثر اعبات بودند از فعالیت های جنسی و یا خیالبافی ها. كودك به منظور حفاظت از «خود» در روابط اجتماعی تجربه را

انکار، و خاطره خود را سرکوب می‌نماید. بنابراین دفاع از خود به سمت سرکوبی تکانه‌ها، سائقها و بویژه سرکوب بیان مستقیم غریزه جنسی هدایت می‌شود تا بتواند فرد را با تقاضاهای جهان خارج منطبق نماید. وقتی که تجربه آسیب‌زای کودکی سرکوب می‌شود، برانگیختگی همراه با آن نیز سرکوب می‌گردد. از آنجا که برانگیختگی يك انرژی روانی است و انرژی نیز هرگز از بین نمی‌رود، انرژی سرکوب شده به شکل سائقهای لیبیدو در نهاد باقی می‌ماند. در زندگی يك بزرگسال برخی وقایع جاری ممکن است انرژی را از خروجی‌های جدیدی رها سازد اما خاطره آن تجربه اولیه سرکوب شده باقی می‌ماند. ممکن است خروجی جدید يك عارضه آشکار روان‌رنجوری باشد.

**اضطراب** تخلیه انرژی لیبیدو (زیست مایه) تهدیدی برای «خود» محسوب می‌شود. اضطراب وجود خطر را برای «خود» علامت می‌دهد. فروید اضطراب را يك احساس ناخوشایند تعریف می‌کند که با برانگیختگی نظام مستقل عصبی پیوند و ارتباط دارد. او سه نوع اضطراب را از یکدیگر متمایز می‌داند:

الف. اضطراب واقعیت<sup>۱</sup>

ب. اضطراب روان‌رنجوری<sup>۲</sup>

ج. اضطراب اخلاقی<sup>۳</sup>

در هر سه اضطراب «خود» به وسیله نیروهای درونی و یا بیرونی تهدید به اضمحلال می‌شود؛ این سه نوع فقط از نقطه نظر منبع اضطراب با یکدیگر فرق می‌کنند یعنی دنیای واقعی «خود» یا جهان ناهوشیار نهاد یا امر و نهی‌های والدینی فراخود.

«اضطراب واقعیت» یا عینی عبارت است از يك تجربه هیجانی ناخوشایند که از ادراک فرد از خطرات دنیای واقعی ناشی می‌شود مثلاً ترس يك دوندۀ از اینکه در هنگام دویدن در جاده با اتومبیل تصادف کند. این ترس يك پایه و اساس عینی در واقعیت دارد. این «خود» است که تهدید «اضطراب واقعیت» را تجربه می‌کند و این «خود» است که یاد

1. reality anxiety

2. neurotic anxiety

3. moral anxiety

می‌گیرد چگونه با «اضطراب واقعیت» از طریق دوری جستن از موقعیت‌های تهدیدکننده کنار بیاید. در مورد «اضطراب روان رنجوری» «خود» از این می‌ترسد که به وسیله تقاضاهای غریزی نهاد غوطه‌ور شود. اضطراب روان رنجوری ممکن است به سه طریق ظاهر شود. «اضطراب شناور آزاد»<sup>۱</sup>، ترس مرضی و واکنش وحشتزدگی<sup>۲</sup>، شخصی که «اضطراب شناور آزاد» را تجربه می‌کند دارای بیم مزمن از احتمال وقوع خطر است. «تجربه ترس مرضی» عبارت است از ترس شدید و غیر معقول از برخی چیزها یا وقایع خاص. ویژگی واکنش وحشتزا ظهور ناگهانی يك ترس شدید و تضعیف کننده است که علت ظاهری برای آن وجود ندارد. اضطراب اخلاقی نتیجه تعارض بین تکانه‌های نهاد و عملکرد منظم فراخود است و عموماً با احساس گناه و شرمساری شدید همراه می‌باشد. روان رنجوری‌ها بدون توجه به منبع اضطراب تنها به خاطر وجود تعارض نیست بلکه حاصل توزیع کمی انرژی‌هاست. بنابر این رفتار هنگامی آسیب‌پذیر است که غیر قابل اداره گردد و در زندگی روزانه فرد مداخله نماید.

### مکانیسم‌های دفاعی<sup>۳</sup>

اگر اضطراب «خود» را از وجود خطر آگاه می‌سازد حال «خود» چگونه با این خطر مواجه می‌شود به عقیده فروید دو راه وجود دارد یا «خود» مشکل را به صورت واقعی حل می‌کند و یا به روشهای غیر معقول و ناهوشیار پناه می‌برد تا واقعیت را تحریف یا انکار نماید فروید این شیوه‌های غیر معقول را «مکانیسم‌های دفاعی» یا «دفاع از خود» نامید. دفاع از خود در مراحل اولیه رشد فرد به وجود می‌آیند. این دفاعها حاصل کوششهای «خود» برای میانجیگری بین فشارهای نهاد و مقتضیات عالم بیرونی است. مکانیسم‌های دفاعی دارای دو ویژگی مشترك هستند:

الف. آنها ناهوشیارند.

ب. اعمال آنها برای انکار یا تحریف واقعیت است.

1. free floating anxiety
2. panic reaction
3. defense mechanisms

گرچه ناهنجاری‌های رشد و یا کارکردهای مکانیسم‌های دفاعی با آسیب‌پذیری ارتباط دارند اما خود این مکانیسم‌ها يك آسیب نیستند در واقع وظیفه اساسی این مکانیسم‌ها فقط حفظ موجودیت متعادل و هنجار فرد است. اگرچه در میان روانکاوان در مورد تعداد این مکانیسم‌ها و یا اهمیت نسبی آنها اتفاق نظر وجود ندارد اما بعضی از نظرات از حمایت عمومی برخوردار است که ما بر اساس دوری این مکانیسم‌ها از واقعیت، آنها را مرتب کرده‌ایم. به عنوان مثال دلیل تراشی واقعیت را کمی تحریف می‌کند در حالی که مکانیسم انکار در آخر لیست قرار دارد و واقعیت را کاملاً انکار می‌کند. (آبلس ۱۹۷۹، فروید ۱۹۶۶، پرایس ۱۹۷۲)

دلیل تراشی<sup>۱</sup> شخصی که رفتار خود را به شیوه‌ای اجتماع‌پسندانه توضیح می‌دهد، از دلیل تراشی برای حفظ عزت نفس خود استفاده کرده است. دانشجویی که در امتحان شکست می‌خورد واقعیت را با این توضیح توجیه می‌کند که «من تمام وقت مطالعه خود را صرف دوست بیمارم کرده‌ام» (به این کار حتی اگر واقعاً او نزد دوست بیمار خود بوده است، دلیل تراشی می‌گویند). پدري عصبانی که به پسرش می‌گوید که «این کار مرا بیشتر از تو ناراحت می‌کند.» این گفته نیز دلیل تراشی است.

واپس زنی (سرکوبی)<sup>۲</sup> سرکوبی، مکانیسمی است که بدان وسیله تکانه‌های غریزی ناشی از نهاد به دلیل تعارض با خود و فراخود مورد تهدید قرار گرفته و از هوشیاری بیرون می‌روند. سرکوبی ممکن است به یکی از چند روش زیر صورت گیرد: ممکن است ادراکات شنوایی یا بینایی را تحریف کند و یا ممکن است خاطراتی را که همراه با وقایع آسیب‌زا یا دردناک هستند، محو نماید. پسر بزرگسالی که قادر نیست ناز و نوازش کردن خواهر کوچکتر خود را به یاد آورد به خاطر این است که این خاطره دردناک را سرکوب کرده است.

جابه‌جایی<sup>۳</sup> یعنی جایگزین کردن موضوع تکانه‌ها با يك موضوع جانشینی برای

1. rationalization

2. repression

3. displacement

مثال مردی که از فیلمهای جنسی به جای فعالیت واقعی جنسی لذت می برد؛ یا زنی که خشم خود از شوهرش را از طریق بداخلاقی با بچه هایش نشان می دهد. هر دوی اینها از جابجایی استفاده می کنند.

هماندسازی<sup>۱</sup> هرگاه شخصی ویژگی های شخصیت دیگری را گرفته و آنها را از آن خود کند، می گویند از همانندسازی استفاده نموده است. فردی ممکن است با معشوق خود همانندسازی کند تا غم از دست دادن او را به حداقل برساند (مانند بیوه ای که در انتخابات برای کرسی شوهر فوت شده اش شرکت می کند). ممکن است فردی با «احساس گناه» همانندسازی کند تا بدن وسیله خود را تنبیه نماید. (مانند معتادی که اعتیاد را ترک کرده و حالا مشاور معتادان می شود). یا ممکن است فرد، با یک فرد پرخاشگر برای غلبه بر وحشت همانندسازی کند مانند گروگانی که به گروگانگیر خود ملحق می شود.

تبدیل<sup>۲</sup> تبدیل به معنی تغییر شکل تکانه های روانی به اختلال جسمی است. به عنوان مثال: فلج هیستریایی<sup>۳</sup> دست، می تواند یک مصالحه یا سازش سمبلیک میان میل به استمناء<sup>۴</sup> کردن و منع فراخود از این کار باشد.

انزوا<sup>۵</sup> انزوا به معنی انشعاب یک فکر از احساس مربوط به آن است که فکر هوشیارانه به یاد آورده می شود در حالیکه احساس همراه با آن فکر به صورت ناهوشیار سرکوب می شود. انزوا می تواند وجه مشترک تفکر طبیعی باشد. اما ضمناً توانایی یک مراجع و سواسی را نشان می دهد که افکار خشن و مختل خود را به شیوه ای آرام و متفاوت نشان می دهد.

واکنش وارونه<sup>۶</sup> این مکانیسم دفاعی فرد را قادر می سازد تا یک تکانه غیر قابل قبول را تغییر شکل داده و مخالف آن را بیان دارد. یکی از ویژگی های اولیه واکنش وارونه

1. identification

2. conversion

3. hysterical paralysis

4. masturbate

5. isolation

6. reaction formation



مبالغه است یعنی فرد خیلی زیاد اعتراض می‌کند. گاهی اوقات هر دو تکانه، یعنی تکانه اولیه و عکس آن در کنار یکدیگر وجود دارند؛ مانند عشق و نفرت.

عمل زدایی<sup>۱</sup> کوششی است که از طریق برخی اعمال تقابلی<sup>۲</sup> معین برای باطل کردن، یا بی اثر کردن کاری که قبلاً انجام گرفته، صورت می‌گیرد (حال این کار، چه در واقعیت انجام شده باشد یا در خیال). رفتارهای شاخص مربوط به آیین‌های مذهبی و یا وسواس فکری عملی بعضی از روان‌رنجورها (مانند دست شستن، افسون‌گری‌ها) از جمله آنهاست. فرافکنی<sup>۳</sup> در این مکانیسم دفاعی یک چیز غیر قابل قبول در مورد خود به دیگری نسبت داده می‌شود (یعنی فرافکن می‌شود). بر این اساس فردی که احساسات جنسی نسبت به دیگری را تجربه می‌کند امانمی‌تواند این احساسات را بپذیرد ممکن است برای دفاع از آن، دیگری را متهم به رفتار ناشایست نماید مثلاً بگوید که «او مرا دوست دارد.» در حالی که منظورش این است که «من او را دوست دارم».

انکار<sup>۴</sup> انکار یک مکانیسم دفاعی نسبتاً ابتدایی است که اغلب در کودکان یافت می‌شود. وقتی که تکانه نهاد به خاطر اوضاع و شرایط مربوط به واقعیت ناکام می‌شود، مکانیسم انکار مداخله کرده تا «خود» را از ناکامی در برابر اوضاع و شرایط واقعی مصون دارد. مثالهای انکار در عمل می‌تواند کودکی باشد که پدر و مادرش از او بهره‌کشی کرده‌اند و در عین حال کودک به آنها متوسل می‌شود؛ و یا مادری که فرزند مرده خود را تکان می‌دهد.

## نظریه درمان

### دلیل تغییر

تغییر در روان‌کاوی هنگامی رخ می‌دهد که ناهوشیار، هوشیار شود. این بدان معنی است که «خود» تقویت شود و فراخود کم اثر شده و یا حذف گردد و مراجع آگاهی بیشتری

- 
1. undoing
  2. counteractions
  3. projection
  4. denial

از نهاد پیدا کند. در فرایند درمان، بیمار با واقعیات زندگی خود سرو کار دارد؛ مانند خیال‌بافی‌ها که می‌تواند به خاطر آورده شود. بعبارت دیگر درمان در روانکاوی با عمل‌زدایی و سرکوبی سرو کار دارد. به ترتیبی که نیروهای سرکوبگر و کوششهای سرکوب شده هر دو به طور صحیح و مؤثر مورد توجه قرار می‌گیرند. یکی از اهداف اولیه درمان روانکاوی این است که بیمار مطالب بیشتری را بیان کند. (فاین ۱۹۷۳)

### فرایند درمان

روانکاوی معمولاً از سه مرحله عمده عبور می‌کند آشناسازی<sup>۱</sup>، روان‌رنجوری (نوروز) انتقالی<sup>۲</sup> و مرحله پایان<sup>۳</sup>. فروید این سه مرحله را با مراحل آغاز، میانی و پایانی بازی شطرنج مقایسه کرده است. (استوارت ولوین ۱۹۶۷)

آشناسازی در خلال مرحله اول درمان، تحلیل‌گر کوشش می‌کند که به داستان زندگی بیمار، پی‌برد یعنی تصویری از تعارضهای عمده‌ای را که بیمار با آن مواجه است و همچنین راههایی را که برای حل تعارض مورد استفاده قرار داده را به دست آورد. مطلب دوم در این مرحله ایجاد يك ارتباط کاری خوب با بیمار است؛ و از جمله مطالب دیگر، آموزش دادن به بیمار است، که يك بیمار باشد.

در ابتدای تحلیل باید بیمار را از قواعد بنیادی مانند تداعی آزاد مطلع ساخت. در خلال مرحله اول، تحلیل‌گر باید کاملاً مراقب باشد که بیمار از قوانین بنیادی که عموماً به عنوان مقاومت تفسیر می‌گردد، منحرف نشود. البته حتی مقاومتها نیز، در خلال تداعی آزاد کشف می‌شوند. (آپلس ۱۹۷۹، استوارت ولوین ۱۹۶۷)

روان‌رنجوری انتقال روان‌رنجوری انتقال، هنگامی تقویت می‌شود که بیمار بیشتر گرفتار و مشغول زمان حال است تا گذشته و بویژه متوجه فرایند تحلیل می‌گردد.

1. orientation
2. tranference neurosis
3. termination

روان رنجوری انتقال را می‌توان با شبکه انتقال متغیر اما مستمر شناسایی نمود که در آن بیمار موضوعات اساسی گذشته را دوباره به یاد می‌آورد. مطالب جدیدی را که بیمار به یاد می‌آورد، می‌توان مجموعه الگوهای دانست که بیمار بر آنها تمرکز مجدد یافته و متوجه تحلیل‌گر می‌کند و به عنوان پاسخی به کل محیط تحلیل است. اصولاً روان رنجوری انتقال به عنوان يك مانع جدی برای درمان محسوب می‌شود زمانی که تحلیل‌گر در می‌یابد که از آن طریق می‌تواند تعارضهای اولیه دوران کودکی بیمار و راه‌های مورد استفاده او را مورد مشاهده قرار دهد آنوقت روان رنجوری انتقال، محور کار تحلیل واقع می‌شود.

در مرحله دوم تحلیل رابطه بین تحلیل‌گر و بیمار باید بقدری محکم و استوار شده باشد که بیمار بتواند فشارهای روان رنجوری انتقال را تحمل کند. نکته اصلی مورد توجه در این مرحله، این است که آیا بیمار در صدد دستیابی به مشاهده خویش است یا خیر آیا توانایی ارزیابی عینی تجربیات هیجانی خود را دارد؟ (فریود ۱۹۶۶، استوارت و لوین ۱۹۶۷)

مرحله پایانی این مرحله، زمانی شروع می‌شود که بیمار بسیاری از موقعیت‌های کودکی خود را کرده و شروع به حل تعارضهای کودکی خود به شیوه‌ای مؤثر نموده است. زمانی می‌توان به اهداف تحلیل دست یافت که بیمار بقدر کافی آزاد شده باشد که بتواند راه خود را تشخیص بدهد. شاید مهم‌ترین کار این مرحله انحلال انتقال مثبت یا منفی است که باعث شده تحلیل تا این مرحله به جلو برده شود.

### اهداف درمان

اهداف اصلی روان‌کاوی بر طرف نمودن عوارض آسیب‌ها از طریق به هوشیاری در آوردن افکار و احساسات سرکوب شده می‌باشد. روان‌کاوی طراحی شده است تا هوشیار را به هوشیاری تبدیل کند و موضوعاتی را که قبلاً سرکوب شده اند را به درون ساختار کلی شخصیت به صورت یکپارچه درآورد. و هر اندازه که این هدف بدست آید بیمار کنترل زندگی خود را دوباره بدست می‌آورد و بهتر می‌تواند تصمیم‌گیری کند و خود و دیگران را به صورت مستقیم، هوشیار و دقیق تجربه کند. این کار ممکن است نیازمند يك تجدید

سازماندهی وسیعی در ساختار شخصیت فرد باشد. اما به هر حال از آنجا که نمی توان همه نواقص شخصیت را بر طرف نمود. تحلیل گرسعی می کند که بیمار را به حالت تعادل برگرداند.

از میان معیارهای مؤثر درمان که عمدتاً قابل قبول همگان است موارد زیر را می توان بر شمرد:

- الف. نیاز هوشیارانه فرد به رنج کشیدن کاهش می یابد.
- ب. بازداری های نوروتیک کمتر می شود.
- ج. نیازهای مربوط به وابستگی کودکانه کاهش می یابد.
- د. ظرفیت برای مسئولیت افزایش می یابد.
- ه. در ازدواج، روابط اجتماعی و کار موفقیت کسب می گردد.
- و. توانایی خوشحال شدن را دارد. (ایبلز<sup>۱</sup> ۱۹۷۹)

### آموزش در مانگر

نخستین مؤسسه آموزش روانکاوی در سال ۱۹۲۰ در برلین تأسیس شد. رئیس مؤسسه با مشورت اعضای جامعه روانکاوان برلین افراد را برای آموزش در این مؤسسه انتخاب می نمود و هدف آن تربیت عضو برای این جامعه بود. آموزش به سه مرحله عمده تقسیم شده بود: نخست آموزش چگونگی تحلیل خود این افراد؛ این مرحله يك تا سه سال برای تحلیل شخصی طول می کشید. مرحله دوم، آموزش نظری، مرحله سوم، آموزش عملی بالینی که مشتمل بود بر تحلیل نظارت شده و سمینارهای موردپژوهی.

### استانداردهای کنونی آموزش روانکاوی

جامعه روانکاوان آمریکا در سال ۱۹۸۰ استانداردهای لازم برای آموزش روانکاورا بیان می کند و معتقد است که برای آنکه فردی واجد شرایط آموزش شود باید از دانشکده پزشکی با معدل «الف» فارغ التحصیل شده باشد و يك سال در يك بیمارستان قابل قبول در

رشته روانکاوی، دوره کارآموزی را گذرانده باشد. آموزش روانکاوی شامل چند مرحله است:

- الف- تحلیل مقدماتی حداقل سیصد ساعت.
- ب- مطالعه کتب در نظر گرفته شده (عمدتاً کتب فروید).
- ج- دروسی که با نظریه کاربردهای بالینی و روشهای تحلیل مرتبط است که گذراندن این دروس بیش از سه سال طول می کشد.
- د- شرکت در سمینارهای موردی و کنفرانسهای بالینی به طور مستمر.
- هـ- آموزش پیشرفته در تحلیل کودک.
- (لیستی از مؤسسات آموزش قابل قبول این رشته در آمریکا در پایان کتاب آورده شده است.)

### کارکرد درمانگر

کار روانکاو عبارت است از آماده ساختن بیمار جهت برخورد با موضوعات کشف شده و حساسیت زدایی موضوعات آزارنده روانی. گاهی این اقدام شکل تعلیم به خود می گیرد و بر آموزش بیمار برای درون نگری متمرکز است تا بیمار از رهنمودهای درونی خود آگاه شود و گاهی نیز این فرایند در گیر کشف مقاومت های بیمار جهت تحلیل است. در مواقع دیگر روانکاو به طور مستقیم با موضوعات آزارنده روانی سرو کار دارد.

نقش تحلیل گر این است که گوش بدهد، مشاهده کند و نظر خود را بیان نماید (تفسیر). موضع درمانگر در اینجا يك موضوع آموزشی است که در آن او، هم معلم برای آموزش مفاهیم است و هم بیمار را در يك دنیای ترساننده و عجیب هدایت می کند روانکاوی يك رویکرد حل مشکل است که در آن مشکل بررسی می شود و راه حل های مختلف آن امتحان شده، و بالاخره راه حلی برای آن یافت می شود. درمان در درجه اول بر عامل عاطفی تأکید دارد و تحلیل گر در تمام مدت با احساسات مراجع سرو کار دارد. شناخت و رفتار مراجع ابتدا در رابطه با احساساتی که آنها را بیان می کند و یا انتقال می دهد، درك می گردد. عوامل میان فردی از جمله عوامل اصلی و عمده است که از طریق انتقال نهفته استنباط می شود.

درمانگر باید گرم و پذیرا باشد و قضاوت نکند. يك تحليل گر، در درجه اول به اهداف درمان توجه دارد و نه بر جریان عادی و معین درمان. او مانورها و مقاومت‌های فرآیند انتقال بیمار و ساختار شخص روان رنجور را درك می‌کند. اشتباهات و خطاهای اساسی و تعیین کننده در روشها به خاطر تفسیرهای ناپخته، ناقص، غیر صحیح و یا غلط نیستند بلکه به خاطر این است که بیمار نمی‌تواند به تجربه‌ای دست یابد که زندگی او را تغییر دهد و در این راه شکست می‌خورد. ممکن است که چنین اشتباهاتی به دلیل عدم وجود همدلی و یا استفاده از روش غلط صورت گیرد و البته این روش نیست که اشتباه است، بلکه اشتباه در ایجاد رابطه است. رابطه‌ای که از نظر هیجانی و شخصی برای بیمار بسیار مهم است. (فاین ۱۹۷۳، رادر ۱۹۷۷، استراب ۱۹۷۳).

## درمان

### تکنیک‌های عمده

تداعی آزاد «قاعده بنیادین» تحلیل این است که بیمار موافقت می‌کند که کاملاً صادق بوده و هر آنچه را که به ذهنش می‌رسد آشکار نماید. حتی اگر آن چیز، ناخوشایند، موهن و یا پیش پا افتاده و پوچ باشد. این قاعده در تمام طول درمان وجود دارد اما در خلال مرحله تداعی آزاد اهمیت ویژه‌ای می‌یابد. به يك معنی تداعی کاملاً آزاد نیست و به وسیله نیروهای ناهوشیار هدایت می‌شوند از قبیل:

الف- تعارض‌های بیماری‌زای روان رنجوری

ب- آرزوی خوب شدن و بهبود یافتن.

ج- تمایل به خشنود کردن روانکاو.

فعل و انفعال میان این نیروها می‌تواند بسیار پیچیده باشد و ممکن است حتی روانکاو را نیز تهدید نماید.

در خلال تداعی آزاد، بیمار بر روی يك صندلی راحت و در يك اتاق نیمه تاریکی آرمیده است، روانکاو بالای صندلی می‌نشیند به طوری که در معرض دید بیمار نباشد. بیمار حرف‌های خود را انتخاب نمی‌کند و حق ندارد مطلبی هر چند جزئی، بی‌ربط و

ناراحت کننده و یا دردناک را حذف نماید. کار روانکاوان این است که بدقت به حرفهای بیمار گوش کند و سعی نماید که مطلب او را درک کرده و لحظه مناسبی را پیدا کند تا مطالب آشکار شده بیمار را تفسیر نماید. از جمله عناصری که تفسیر می‌شوند عبارتند از مقاومت‌های نمادین (سمبلیک)، انتقال، خاطرات دوران کودکی، رؤیاهای نمادین (یعنی معانی نمادین کلماتی که توسط بیمار به کار می‌رود) تداعی آزاد در طول مدت درمان به جز موارد مربوط به بحثهای دوره‌ای در مورد تعبیر و تفسیرها ادامه می‌یابد. (استوارت و لوین ۱۹۶۷)

تحلیل انتقال<sup>۱</sup> روانکاوا با قبول همه مطالبی که در خلال تداعی آزاد آشکار می‌شوند فضایی را به وجود می‌آورد که در آن بیمار بتواند عمق روان خود را دریابد. روانکاوا به جای آنکه افشاگری‌های بیمار را به عنوان چیزی مرموز، بیمارگونه و ترساننده ببیند، حقیقت آن رویداد را می‌پذیرد. بیمار بتدریج نگرش روانکاوا را نسبت به موضوع پذیرفته و به جای اینکه بیان مطالب او را در هم بشکند و مضمحل کند، خود را عمیقاً درگیر آن می‌کند. عبارت دیگر به بیمار اجازه داده می‌شود و یا حتی تشویق می‌شود که با احساس امنیت رجعت و بازگشت کند. بخشی از این رجعت درمانی مشتمل است بر نسبت دادن احساسات سرکوب شده بیمار به درمانگر در رابطه با افراد مهم زندگی او در گذشته؛ به همین دلیل بیمار ممکن است محبت، بخشش و یارانه‌مایی روانکاوا را طلب کند. یعنی او ممکن است از اینکه روانکاوا او را ترك کرده و یا سرزنش و تمسخر نماید بترسد. بیمار ممکن است از دست روانکاوا عصبانی شود و یا به او وابسته گردد و یا حتی احساس تعلق کند. روانکاوا عمدتاً حمایت، درک و ثبات را به صورت تعبیر و تفسیر ارائه می‌کند. این کار بیمار را قادر می‌سازد تا دریابد که این احساسات مخمل زندگی او در طول درمان و یا در خارج از درمان هستند. بیمار می‌تواند درک جدید و پخته‌تری برای رشد الگوهای رفتاری قابل انطباق به دست آورد.

تحلیل مقاومت نه مقاومت و انتقال، هیچیک از جمله روشهای روانکاوان نیستند،

بلکه مهارت‌های روانکاو، در تشخیص تسهیل و تفسیر بیمار است که روش او را به وجود می‌آورند. با توجه به مقاومت، روانکاو، ابتدا بیمار را با مقاومت او مواجه می‌سازد (مانند تأخیر ورود و یا نپذیرفتن تفسیر روانکاو) و سپس معنا و اهمیت آن را کشف و تفسیر می‌کند. (مک و سمراد ۱۹۶۷)

**تحلیل رؤیا** فروید ابتدا زمانی از اهمیت رؤیا آگاهی یافت که متوجه شد بیمارش در تداعی آزاد رؤیاهایش را برای او بیان می‌دارد و نتیجه گرفت که رؤیا بیان هوشیار خیالپردازی ناهوشیار است. رؤیا رویدادهای مربوط به روزهای گذشته است که از بخش ناهوشیار ذهن برمی‌خیزد. از آنجا که ناهوشیار نیز شامل خاطرات روزهای گذشته است لذا مکانیسم و نمادهای رؤیا می‌تواند اطلاعات با ارزش را در باره رویدادهای گذشته آشکار نمایند. تحلیل رؤیا موضوعات و مطالبی را معلوم می‌کند که سرکوب شده‌اند. رؤیایی را که بیمار ممکن است آن را به یاد بیاورد و یا به یاد نیارد («رؤیای آشکار»<sup>۱</sup> نامیده می‌شود و عناصر این رؤیا را «محتوای آشکار رؤیا»<sup>۲</sup> می‌نامند. افکار و امیال ناهوشیاری که نفرت انگیزند و رؤیا را به وجود می‌آورند، «محتوای نهفته رؤیا»<sup>۳</sup> نامیده می‌شود کار روانکاو این است که محتوای نهفته رؤیا را کشف و تفسیر نماید که این کار معنای واقعی رؤیا است. (مک و سمراد ۱۹۶۷، استوارت و لوین ۱۹۶۷).

**فرایند تعبیر و تفسیر** در روانکاوی کلاسیک مداخله‌های درمانی تنها محدود به تعبیر و تفسیر بود. بنابراین عبارت روانکاوی به معنی شناختن و توضیح (تفسیر) تعارضهای ناهوشیار است روانکاو توجه بیمار را در طول مدت درمان به رویدادهای «درون روانی» و رویدادهای «درون فردی» جلب می‌کند. بنابراین تحلیل در روانکاوی بر «بیمار» متمرکز است و تعبیر و تفسیر رؤیاها بر این اساس صورت می‌گیرد. از آنجا که رؤیاها منبع مناسبی هستند که اطلاعات مربوط به رابطه انتقالی بیمار با روانکاو را فراهم می‌سازند لذا یکی از محرک‌های اصلی برای تشکیل رؤیا رابطه تحلیلی است. در نهایت

1. manifest dream

2. manifest dream content

3. latent dream content



پیشنهاد می‌شود که تعارضهای اخیر نیز تعبیر و تفسیر شوند تا مانورهای دفاعی به کار گرفته شده توسط بیمار را آشکار نماید. (استوارت و لوین ۱۹۶۷).

### پارامترهای درمان

فروید اصرار داشت که بیمارانش خود را متعهد به درمانهای طولانی یعنی شش روز در هفته بنمایند. او بر آورد می‌کرد که روانکاو حداقل شش ماه، و ممکن است حتی بیش از یک سال نیز طول بکشد. البته این مدت خیلی کمتر از روانکاو مدرن است. بعد از سنجش‌های مقدماتی مصاحبه‌ها و پذیرفتن بیمار به عنوان یک داوطلب مناسب برای روانکاو، به بیمار آموزش داده می‌شود که روی صندلی راحتی بنشیند. در حالی که درمانگر خارج از دید او در بالای صندلی ایستاده است. بیمار در این حالت هر چه را که به ذهنش می‌رسد بیان می‌کند. هیچ چیز را هر چند جزئی، نامربوط، بیهوده، خجالت‌آور و یا حتی حمله و اهانت به درمانگر را حذف نمی‌کند. اینها درخواستهای روانکاو از بیمار است که به طور مرتب سه یا شش بار در هفته به او مراجعه می‌کند و هر جلسه نیز چهل و پنج یا پنجاه دقیقه طول می‌کشد. بیمار قانون اولیه تداعی آزاد را رعایت می‌کند به طور متوسط اکثر تحلیل‌ها یا روانکاو بین دو تا پنج سال و حتی در بعضی از موارد بیش از ده سال طول می‌کشد. انجمن روانکاو آمریکا چهار جلسه در هر هفته را پیشنهاد می‌کند. (آپلس ۱۹۷۹، رادر ۱۹۷۷، استوارت و لوین ۱۹۶۷)

### موردپژوهی

موردپژوهی زیر از دوالد (۱۹۷۲)

#### جلسه ۲

بیمار: نمی‌دانم آیا باید در مورد مشکلات کنونی صحبت کنم یا در مورد مشکلات عاطفی خودم.

روانکاو: بگذار ببینم دلت چه می‌خواهد؟ چگونه می‌خواهی آنها را از هم جدا کنی؟  
بیمار: من در مورد همه چیز تردید دارم. من مشکلات جدیدی هم دارم.  
روانکاو: جزئیات را بگو.

بیمار: ما تصمیم گرفته‌ایم برای این کار یعنی روانکاو پولی قرض نکنیم و در عوض خودمان مخارج آن را تأمین کنیم. (برنامه را شرح می‌دهد) ما مجبوریم هزینه‌های خود را کم کنیم و تا<sup>۱</sup>م قرار است کار اضافی بکنند و من هم سعی خواهم کرد که یک شغل نیمه وقت بگیرم. احساس می‌کنم که گویی کارهای زیادی را باید انجام بدهیم ولی من مطمئن نیستم که بتوانیم آنها را انجام بدهیم. ضمناً می‌دانم که در ماه اکتبر بچه‌ای به دنیا می‌آورم.

روانکاو: در این مورد چه احساسی داری؟

بیمار: خوشحالم اما فکرش دیوانه‌ام می‌کند. بار داری باعث شده که احساس کنم برای خودم کسی هستم. من دارم به پول فکر می‌کنم و وقتی در این مورد فکر می‌کنم از بچه بدم می‌آید اگر بچه نباشد دیگر نگران پرداخت پول به روانکاو نخواهیم بود. اما باید به گونه‌ای این چیزها را حل کنم. انتظار داشتم همه آنچه را که احتیاج دارم به من می‌دادند. اما این طور نیست. فقط دو نفر توی این دنیا وجود دارند که مرا دوست دارند؛ به تلفن مادرم فکر می‌کنم و آنچه را که او به من گفت؛ او گفت که در مورد هزینه مراجعه من به روانکاو فکری خواهد کرد. من کس دیگری را ندارم که به او روی بیاورم کسی که چهار هزار دلار به من قرض بدهد.

روانکاو: جزئیات را بگو.

بیمار: او نزد آقای هریس<sup>۲</sup> رفت و طلاق گرفت. الان دارد دوران معالجه خود را می‌گذراند دارم فکر می‌کنم که چقدر احساس انزجار می‌کنم (آن را تشریح می‌کند) احساس انزجار نسبت به پدر و مادر و خواهرم می‌کنم. به خواهرم حسادت می‌کنم احساس می‌کنم که بازنجیر به آنها بسته شده‌ام و همیشه در طول زندگی‌م همین طور بوده است. از آنها متنفرم. می‌دانم که می‌خواهم مستقل بشوم اما هنوز از نظر عاطفی احساس می‌کنم مثل یک بچه هستم درست مثل این است که احتیاج داشته باشم که

1. Tom

2. Harris

والدینم به من غذا بدهند و پوشك مرا عوض کنند.

روانكاو: از احساسات در مورد خواهرت بیشتر بگو.

بیمار: او سال اول دانشگاه است و الان با خواهر بزرگتر من در اروپاست... بیشتر وقتها این

احساس را داشتم که من فقط دلم می‌خواهد که از دستش راحت شوم.

روانكاو: منظورت از دست چی است؟

بیمار: احساس درماندگی زیادی می‌کنم. نمی‌توانم کاری کنم که محبت کسی را نسبت به

خودم جلب کنم. از این موضوع ناراحت‌م ولی کاری نمی‌توانم بکنم. خواهرم درست

مثل يك مجسمه می‌ماند هر قدر هم که به آن لگد بزنم نمی‌توانم به آن آزار برسانم.

روانكاو: چی به ذهنت می‌رسد؟

بیمار: ... چون نمی‌توانم کاری بکنم به همین دلیل امتحان هم نمی‌کنم از آنها متنفرم. چه

فایده‌ای دارد. اصلاً درست نیست دلم می‌خواهد فریاد بکشم. اما فایده‌ای ندارد.

روانكاو: احساس می‌کنی که زندگی‌ت همیشه همینطور بوده است؟ چه پیوندهایی

داشته‌ای؟

بیمار: همیشه همین طور بوده است من در خانواده‌ای به دنیا آمده‌ام که فقط با آنها سر کردم.

مادرم از من بدش می‌آمد و پدرم به چیزی اهمیت نمی‌داد من هم مثل يك شیء بودم.

روانكاو: به نظر می‌رسد که تو بعضی از احساسات و افکار را نگه می‌داری.

بیمار: وقتی که به این مطلب فکر می‌کنم خیلی مضطرب می‌شوم. الان دارم به مادرم فکر

می‌کنم که چقدر از او متنفرم مادرم هیچ محبتی نسبت به من ندارد. معه‌ذا احساس

می‌کنم شاید من اشتباه می‌کنم. دلم می‌خواهد کسی به من بگوید «بله مادرت يك...

بود».

روانكاو: چرا جمله را تمام نکردی؟

بیمار: يك هرزه.

روانكاو: چه چیزی به ذهنت خطور کرد که خواستی این کلمه را به کار ببری؟

بیمار: يك بار پدرم این کلمه را برای مادرم به کار برد. اگر بگذارم که هر چه به ذهنم می‌رسد

بگویم منفجر می‌شوم.

روانکاو: جزئیات احساسی که ممکن است ترا منفجر کند چیست؟

بیمار: احساس می‌کنم که می‌خواهم مادرم را بکشم. دلم می‌خواهد که يك كارد بردارم و او را بزنم. اما می‌دانم که نمی‌توانم و واقعاً هم دلم نمی‌خواهد. در واقع دلم می‌خواهد که او را به روش دیگری آزار دهم. شاید بتوانم این کار را بکنم. اما من نمی‌خواهم که کاری برای خوشحالی او انجام بدهم تمام مشکلات من تقصیر مادرم است. تعجب می‌کنم؛ چرا فکر می‌کنم که به پدرم ارتباط دارد. او باعث شد که پدرم آن کارها را انجام بدهد، و من ناراحت شوم.

روانکاو: الان کاری به نتیجه‌گیری درباره‌ی اینکه چرا این طور احساس می‌کنی نداشته باشیم.

منظور شما از این فکر که مادرت باعث شد که پدر آن کارها را بکند چیست؟

بیمار: به گونه‌ای احساس می‌کنم که سرنوشت پدرم اجتناب‌ناپذیر بود. او به پدرم کنایه می‌زد و از صحنه دورش می‌کرد (شرح می‌دهد) پدرم را به صورت يك بچه‌نگه می‌داشت. من پدرم را برای کارهایش سرزنش نمی‌کنم. او ناچار بود، اما مادرم را برای مشکلات خودش سرزنش می‌کنم. او سی سال است تلاش می‌کند که پدرم را زیر نفوذ خودش نگه دارد.

روانکاو: توضیح بیشتر بدهید.

بیمار: اگر مادرم بگوید بپر، او می‌پرد. او الان کار دیگری ندارد. مادرم مادرانه از او پرستاری می‌کند تا او را کنترل کند (شرح می‌دهد) پدرم دیگر يك مرد نیست. بهتره که من از دست آنها فرار کنم و با آنها هیچ ارتباطی نداشته باشم. چرا من از مادرم متنفرم؟

روانکاو: برگردیم سر احساسات که اگر بخواهی بگذاری آنها بیان شوند منفجر می‌شوی. چی به ذهنت می‌رسد.

بیمار: احساس می‌کنم دستهایم فلج شده‌اند. نمی‌دانم می‌خواهم او را بکشم یا نه. می‌دانم که مطمئناً دلم می‌خواهد یقه او را بگیرم. می‌خواهم بایستم و فریاد بزنم يك بار این کار را کردم اما او همانجا نشست و به من نگاه کرد. چیزی مرا از این کار باز می‌دارد.

روانکاو: چی به ذهنت می‌آید؟

بیمار: ... (در حالی که گریه می‌کرد) ... مادرم را می‌بینم که روی زمین دراز کشیده و به اطراف می‌خزد و من بالای سر او ایستاده‌ام. بزرگ هستم و بر او کنترل دارم و او کاملاً درمانده است ... نمی‌توانم این را تحمل کنم.

روانکاو: چه چیزی را نمی‌توانی تحمل کنی؟

بیمار: افکارم را نمی‌توانم تحمل کنم.

روانکاو: نمی‌دانم آیا دارید موقعیت خودتان را در آن تصویر برعکس می‌کنید؟ و شاید این شما باشید که در این لحظه احساس درماندگی می‌کنید.

بیمار: احساس می‌کنم که گویی قادر به اداره خودم نیستم. این احساسی است که همیشه با من همراه بوده است. احساس می‌کنم که گویی که یک چیز وحشتناکی اتفاق خواهد افتاد ممکن است بیهوش بشوم و یا اتفاقی بیفتد که نمی‌دانم. از این رو خیلی آسانتر است که دیگری مرا کنترل کند و بگوید که چه کنم ... دارم به بچه‌هایم فکر می‌کنم. اگر این هیجانات روزی بیرون بریزد، می‌ترسم که وحشی و غیر قابل کنترل بشوم. روانکاو: من فکر می‌کنم شما بین فکر و احساس از یک طرف، و عمل از طرف دیگر تفاوت قائل نیستید.

بیمار: بله بله (در حالی که آه می‌کشید) الان می‌ترسم به خانه بروم می‌ترسم که به بچه‌هایم آزار برسانم و یا کار دیگری بکنم. ای کاش می‌توانستم پر خاشهای خود را سر شخصی که دلم می‌خواهد خالی کنم؛ نمی‌توانم. روانکاو: جزئیات بیشتری بگو.

بیمار: خصومت مادرم نسبت به پدرم بر سر من خالی می‌شد. من بد و بد اخلاق بودم و گاهی نیز غیر قابل کنترل. مادرم به من می‌گفت: «خیلی شبیه پدرتی» ... بعضی از اوقات می‌ترسم از اینکه بچه‌هایم را نزد پدر و مادر بگذارم؛ می‌ترسم آنها به بچه‌ها آسیبی برسانند. بعضی وقتها مادرم طوری به من نگاه می‌کرد مثل اینکه می‌خواست مرا بکشد (شرح می‌دهد) ... الان احساس درماندگی می‌کنم و نمی‌توانم دفاع کنم و برای این دختر کوچولوی درمانده (خودش) احساس تأسف می‌کنم.

روانکاو: به نظر می‌رسد که در تداعی‌های شما اختلافات چندی وجود دارد. گویی که شما می‌ترسید از اینکه اینجا بدون تصحیح کردن حرفی بزنید.

بیمار: گاهی وقتها سروقتش می‌روم. منتظر فرصت هستم... این مرا می‌ترساند... احساس می‌کنم خیلی احمقانه است. نمی‌توانم... وقتی مثل الان دیوانه می‌شوم، احساس جنسی به من دست می‌دهد مثل این است که دارم استمنای می‌کنم.

روانکاو: درباره‌ی ترس از بیان آن به طور مستقیم چه چیزی به ذهن شما خطور می‌کند؟ بیمار: به هر حال از احساساتم می‌ترسم. می‌ترسم اگر من این چیزها را بگویم شما فکر کنید چقدر آدم وحشتناکی هستم.

روانکاو: اگر به شما پیشنهاد کنم که به خاطر روانکاو همه محدودیتهای معمول خود را کنار بگذارید و هر چه که به ذهنتان می‌رسد بگویید. آنوقت من می‌توانم واکنش درستی داشته باشم. کار ما امروز در همین جا متوقف می‌شود.

در این جلسه هدف اصلی روانکاو این است که به بیمار کمک کند تا او کار تحلیل‌گری و روانکاو را فرا بگیرد. همین هدف بود که روانکاو را وادار کرد تا درباره‌ی جدا کردن «مشکلات کنونی» از «مشکلات عاطفی» اظهار نظر کند. همین طور علت درخواست روانکاو از بیمار برای بیان جزئیات مطالب براساس همین هدف بود.

### کاربرد

فریود اشخاص و اختلالهایی که در حیطه کار روانکاو می‌باشند را بوضوح و روشنی معرفی نمود. اینکه بیمار آن باید کمتر از پنجاه سال داشته باشند. از هوش معقولی برخوردار باشند قادر به انجام کارهای معمولی بوده و نباید دارای نقص شخصیتی عمیق و یا معلولیت‌های جسمانی شدید باشند. بعلاوه به نظر فریود بیماری که افسردگی، گم‌گشتگی و یاروان‌پریشی شدیدی دارند، کاندیدای خوبی برای روانکاو نیستند. او اعتراف داشت که روانکاو کاری پر هزینه طاقت‌فرسا و وقتگیر است. به بیماری که مایل یا قادر نیستند که این سختی‌ها را تحمل کنند توصیه می‌شود که از جایی دیگر کمک دریافت دارند. از طرف دیگر فریود این طور نوشته است که بسیاری از بیمارانش وقتی نزد او می‌آمدند، که از شیوه‌های دیگر نتوانسته بودند کمک بگیرند. (آپلس ۱۹۷۹)

از آنجا که روانکاوی به آموزش نیاز دارد، بسیار بعید به نظر می‌رسد که يك مشاور از روشهای روانکاوی و یاروشهای وابسته به آن در کارش استفاده کند. اما به هر حال دانش نظری و عملی درباره روانکاوی می‌تواند درك مشاور را از موارد زیر تسهیل نماید:

الف. نقش روابط اولیه در زندگی کنونی مراجع.

ب. امکان انتقال و انتقال متقابل در رابطه.

ج. استفاده و سوءاستفاده از «دفاعهای خود»<sup>۱</sup>.

### وضعیت موجود

از آغاز جدایی آدلر<sup>۲</sup> و یونگ<sup>۳</sup> از حصار روانکاوی، رویکردهای نو فرویدی<sup>۴</sup> چندی درباره روان درمانی به وجود آمده است. یکی از آنها روانشناسی فردی آدلر است که به تفصیل در فصل بعد مورد بحث قرار می‌گیرد. و بقیه این رویکردها نیز در متون مختلف ارزش مطالعه کردن را دارند. در بقیه این قسمت مرور مختصری خواهیم داشت بر درمان روانکاوی متأخر به عنوان چیزی که از روانکاوی کلاسیک به وجود آمده است و به عنوان نماینده درمانهای نو فرویدیسم دیگر است. این مطلب عمدتاً از رادر گرفته شده است. (۱۹۷۶)

از زمان مرگ فروید در سال ۱۹۳۹ روان شناسی خود<sup>۵</sup> سعی نمود تا بعضی از تأکیدهای زیادی را که بر پدیده ناهوشیاری روان شناسان نهاد گرامی شد تصحیح نماید. در حال حاضر توجه و اهمیت بیشتری به انطباق هوشیارانه و کنترل کارکردهای «خود» می‌شود. چارچوب «روان شناسی خود» تغییراتی را در استانداردهای درمان روانکاوی متأخر به وجود آورد و بر آن تأکید نمود و آن را در مورد مردم به کار بست در حالی که قبلاً این کار برای روانکاوی نامناسب تشخیص داده می‌شد؛ مانند بیماری روان پریش یا بیماران دارای اختلالات شخصیتی.

جلسات درمان روانکاوی متأخر معمولاً يك یا دوبار در هفته برگزار می‌شود

1. ego defenses

2. Adler

3. Yung

4. Neo - freudian

5. Ego psychology

در حالی که بیمار و درمانگر در طول درمان روی یکدیگر قرار می گیرند. مسئولیت بیمار این است که مطالبی را بیان نماید اما قانون اصلی تداعی آزاد هم می تواند مورد استفاده قرار بگیرد و هم قرار نگیرد. در نتیجه اظهارات بیمار بیشتر به سوی واقعیت گرایش دارد. تمرکز بر روی زندگی کنونی و عمدتاً بر روی روابط خارج از درمان بیمار استوار است. اهداف درمان روانکاوی متأخر بسیار محدودتر از اهداف روان درمانی است و بیشتر بر مشکلات کنونی تمرکز دارد درمانگر در روانکاوی متأخر، تعامل بیشتری با بیمار دارد (نسبت به تحلیل گر در روانکاوی) و نگرشها و احساسات خود را بیشتر در میان می گذارد. هر چند که ممکن است واکنش های انتقال صورت گیرد اما بر استفاده از روان رنجوری انتقال به عنوان وسیله درمان تأکید نمی شود.

اهداف عمده درمان روانکاوان متأخر عبارت است از کمک به بیمار آن برای اینکه خود را کاملاً بشناسند، تعارضها و نفوذ خود را بر رفتارهایشان درک کنند و از امکان پاسخگویی به شیوه ای متفاوت در آینده آگاه شوند. درمان شامل تأکید بر ریشه های تعارضهای ناهوشیار یا مطالب سرکوب شده است. همین که بیمار آن از این افکار و امیال و یا احساسات آگاه شوند، بهتر می توانند آنها را دوباره در زندگی هوشیار خود یکپارچه نمایند. کار درمانگر این است که فضایی را بیافریند که در آن بیمار احساس آزادی کرده و در مواردی که همراه با اضطراب، گناه و شرمندگی است، تعمق نماید.

## نقد

### پشتوانه پژوهشی

لابورسکی و اسپنس در سال ۱۹۷۸ مطالعه وسیعی را در مورد نوشته های مربوط به پژوهشهای کمی درمان روانکاوی انجام دادند و به نتایج زیر رسیدند:

صفات بیمارانی که برای روانکاوی مناسب ترند      چهار صفت اولیه این بیماران

به شرح زیر است:

الف. کارکرد کلی شخصیت آنها خوب باشد (یا فقدان آسیب روانی شدید).



- ب. سن کمتر.
- ج. اضطراب بیشتر.
- د. سطح تحصیلی بالاتر. (اضطراب شدید در بیمارانی که کار کرد کلی شخصیت آنها خوب است خود يك عامل پیشگیری می‌باشد).

صفات مناسب برای روانکاوان پژوهش کوچکی که در مورد عقاید سرپرستان دربارهٔ کاندیداهای روانکاو صورت گرفته، بیانگر این موضوع است که روانکاوان سالم کمک بیشتری می‌توانند به بیمارانشان بکنند تا روانکاوانی که فاقد واقع‌بینی و اعتماد به نفس هستند و یا سالم نمی‌باشند.

نتیجه نتایج بعضی از مطالعات نتوانسته است کار آیی و سودمندی درمان روانکاو را نشان دهد (مطالعات نامشخص) و بعضی از مطالعات مطالب بیشتری را دربارهٔ ماهیت درمان و تغییراتی که در خلال روانکاو صورت می‌گیرد. بیان داشته است (مطالعات مشخص تر). شواهد نشان می‌دهد که بیماران مایلند که سطح تجربه و خویشتن‌نگری خود را بالا برده و بر این اساس بهبود کلی می‌یابند، از انتقال استفاده می‌کنند و «خود» را نیرومند می‌سازند. تقریباً می‌توان گفت که مقایسه کنترل شده‌ای بین روانکاو و دیگر اشکال درمان وجود ندارد و آنهایی هم که وجود دارد ما را به نتیجه‌ای نمی‌رساند.

فرایند روانکاو مطالعات کمی از چهار مفهوم عمده تشکیل شده، که توانایی بیمار را برای تولید و بیان مطالب در خلال روانکاو نشان می‌دهد و این چهار مفهوم عبارتند از: معنی دار بودن، مولد بودن، تجربه کردن و آزادی تداعی.

تکنیک‌ها به نظر می‌رسد که در استفاده از فنون تفاوت‌های زیادی بین درمانگران وجود داشته باشد. و تجربه درمانگران این تفاوت‌ها را بیشتر هم می‌کند. دقت درمانگر در تعبیر و تفسیر، همانند با همدلی اوست؛ هر دو اینها یعنی تعبیر و تفسیر دقیق و همدلی را درمانگرانی که سالم‌تر هستند بیشتر استفاده می‌کنند.

## ارزیابی

روانکاوی نظری و عملی تأثیر بسیار زیادی بر زندگی مدرن امروز داشته است. مفاهیم فرویدیسم در همه جایافت می شود. نه تنها در روانشناسی و روانپزشکی بلکه در ادبیات، هنر، علوم سیاسی، بازاریابی، آموزش و پرورش و حتی در طنز. علی رغم این مقبولیت وسیع باید هشدار دهیم که فرویدیسم هنوز به اندازه کافی از طریق شواهد تجربی عینی حمایت نشده است. البته هنوز آزمایش نشده باقی مانده (نه ثابت شده و نه مردود شده است).

**مشارکت** نظریه روانکاوی مبنای درك شخصیت و زندگی فکری انسان را در قالب واژه های تخیلی و نمادین ارائه داده است. این واژه ها تنها برای تشریح فرایندهای غیر مادی به کار می روند روانکاوی آثار ماندنی تجربیات دوران اولیه کودکی را توضیح می دهد و باعث شده است که اهمیت هیجانات در زندگی انسان و پالایش روانی در درمان را نشان دهد.

**هشدارها** فروید در پاسخ يك روان شناس آمریکایی که برای او گزارشی از کارهای تحقیقی تجربی خودش درباره سرکوبی فرستاده بود. نوشت: «من با علاقه تحقیق تجربی شما را برای اثبات فرضیات روانکاوی مطالعه کرده ام ولی نمی توانم برای اثبات گری ها ارزش زیادی قائل شوم. زیرا مشاهدات قابل اعتماد فراوانی که این فرضیات برپایه آنها بنا شده است وجود دارد، که آنها را از اثبات آزمایشی مستقل می گردانند.» (روزنر ویک ۱۹۷۷، صفحه ۱۴۶) از آن موقع تاکنون بسیاری از تحقیقاتی که حمایت کننده نظریات روانکاوی هستند برپایه مشاهدات بالینی استوار است متأسفانه با اینکه مشاهدات بالینی تجربی است اما عینی نیست يك شخص «در مانگر» مشاهده می کند، ثبت می کند، گزارش می دهد و اطلاعات را تفسیر می کند و این در حالی است که در همان لحظه با بیمار تعامل دارد تا تغییر را در همان رفتاری که در حال مشاهده آن است، ایجاد نماید.

محدودیت عمده دیگری که روانکاوی دارد این است که نظریه، دارای ماهیتی بی شکل و تمثیلی است. در واقع يك نوع متن و نوشته وجود ندارد. نتیجه این عینیت، ویژگی حشو و زوائد نوشته های روانکاوی است که به فردی شباهت دارد که می خواهد ثابت کند که او يك حیوان خانگی نامرئی دارد و این موضوع را با گفتن اینکه «شما آن را نمی بینید» ثابت می کند.

شاید مخالفت عمده (یا لا اقل مخالفت عمده من) نسبت به روانکاوی این است که هدف روانکاوی بازگرداندن «تعادل حیاتی»<sup>۱</sup> است که مانع رشد «خودشکوفایی»<sup>۲</sup> می‌شود و این بدان معنی است که شمارا از تاریکی بیرون می‌آورد اما به روشنایی نمی‌برد و در صدد تشخیص کمبودهای فرد از درون خود اوست اما نمی‌تواند کاری بیش از توضیح و تفسیر این کمبودها انجام دهد. به همین دلیل بیمار را با همه آن چیزهایی که با آنها آمده بود، رها می‌کند با این تفاوت که حالا دیگر آنها را بهتر درک می‌کند.

به طور خلاصه می‌توان گفت که آینده روانکاوی رسمی، به عنوان یک روش درمان، برای آنهایی که شایستگی انجام آن را دارند نیز محدود به نظر می‌رسد.

روانکاوی برای مشاوران وسیله‌ای است برای تشریح رفتارهای قابل مشاهده. بدون توجه به اینکه دیدگاه شما چیست، شما باید درباره شخصیت و رفتار صحبت کنید. واژه‌های روانکاوی وسیله‌ای برای صحبت کردن درباره شخصیت و رفتار است و نه چیزی بیشتر.

---

1. homeostatic

2. self actualization

## روان‌شناسی فردی<sup>۱</sup>

روان‌شناسی فردی تاکنون توجهی را که استحقاق داشته، دریافت نکرده است. سالها بود که آدلر فقط به خاطر آنکه به عنوان مرید و هواخواه فروید معروف شده بود، کنار گذاشته شد. اما در واقع او شاگرد فروید نبود بلکه يك همکار و يك دانشمند معاصر او بود. او سپس به خاطر افکار سوسیالیستی اش مورد سرزنش قرار گرفت. بخشی از این سرزنش به خاطر علاقه او به منافع اجتماعی بود و بخشی دیگر به خاطر همسر روسی اش که دوست لئون تروتسکی<sup>۲</sup> بود. به هر حال مکتب مشاوره آدلر بنحوی مبهم و تاریک باقی ماند؛ و چه حیف شد.

تنها يك نگاه مختصر بر مطالب صفحات بعد نشان خواهد داد که آدلر در واقع فردی بود که در بسیاری از زمینه‌ها جلوتر از زمان خود حرکت می‌کرد. بررسی دقیق دیگر دیدگاههای این کتاب، این نکته را آشکار می‌سازد که نفوذ او بر نظریه‌پردازان نسلهای بعد از

---

1. individual psychology

2. Leon Trotsky

او بسیار بیشتر از آن است که عموماً تصور می‌رود. آثار آدلر و حتی ترجمه آن آثار نیز بسیار مشکل است. حتی مردی که جلوتر از زمان خود قرار دارد نیز محصول قرن خودش است. اما افکار او که به وسیله پیروانش تعبیر و تفسیر شده و ارائه گردیده است، کارها و آثار او را بسیار جالب، جذاب و حتی متونی با نشاط و خواندنی می‌سازد.

## تحول تاریخی

### زمینه شخصی

آلفرد آدلر در ۷ فوریه ۱۸۷۰ در پنزینگ<sup>۱</sup> در حومه شهر وین به دنیا آمد. پدر او یک تاجر یهودی متوسط الحال غلات بود و مادرش یک زن خانه‌دار. در جامعه آنها یهودیان کمی زندگی می‌کردند. بهمین جهت او هرگز یک هویت فرهنگی قوی (یهودی) پیدا نکرد. اگرچه او در کودکی به پرستشگاه یهودیان می‌رفت اما در بزرگسالی خود را یک مسیحی می‌دانست. آلفرد دومین پسر و سومین فرزند از شش فرزند خانواده خود بود. (چهار پسر و دو دختر) و این موضوع در زندگی او، و بر نظریه‌های بعدی او تأثیر زیادی داشت. زیرا او همیشه به نظر می‌رسید که در سایه موفقیت‌های برادر بزرگش زندگی می‌کند. اگرچه او ظاهراً محبوبیت داشت و کودکی فعال بود اما آدلر دوران کودکی خود را به عنوان دورانی شاد تلقی نمی‌کند. اگرچه خاطرات خوشی از مادرش داشت، اما به او نزدیک نبود آدلر بیشتر با پدرش شناسایی می‌شود. در عین حال او احساس می‌کرد که تحت الشعاع برادر بزرگتر خود قرار دارد و ساعتهای زیادی را صرف رقابت با او می‌کرد. با وجود اینکه او دانش آموز متوسطی بود اما توانست در سال ۱۸۹۵ از دانشگاه وین درجه دکترای پزشکی بگیرد. او در دانشگاه به یک گروه از دانشجویان مارکسیست ملحق شد. در میان آنها با دختر جوان روسی ثروتمندی برخورد کرد که بعداً در سال ۱۸۹۷ با او ازدواج کرد. (ریچلاک ۱۹۸۱)

آدلر به عنوان یک پزشک عمومی کار خود را شروع کرد. از آنجا که مطب او نزدیک یک پارک تفریحی-ورزشی بود، لذا بیشتر بیمارانش را بازیگران، هنرمندان و بندبازان

تشکیل می‌دادند. از طریق برخورد با این بیماران بود که آدلر دریافت که بسیاری از آنها قدرت و توانایی خود را به عنوان واکنشی در برابر ضعفها یا حوادث دوران کودکی خود به دست آورده‌اند. (فورت مولر ۱۹۶۴)

تماس اولیه او با فروید به نظر می‌رسد که حاصل دفاع او از نظریه فروید در مطبوعات باشد. در سال ۱۹۰۲ فروید از او دعوت کرد که در یک سری جلسات هفتگی برای بحث درباره روانکاوی به او بپیوندد. این گروه بعدها به صورت انجمن روانکاوی وین و سپس انجمن بین‌المللی روانکاوان درآمد. آدلر در سال ۱۹۱۰ نخستین رئیس این گروه در وین شد. در اواخر سال ۱۹۱۱ او از سمت خود استعفا کرد و برای همیشه با فروید قطع رابطه نمود. برخلاف باور عمومی آدلر شاگرد فروید نبود بلکه فردی بود هم‌رتبه فروید که پیش از ملحق شدن به مکتب فروید در مسیر حرفه‌ای خود جا افتاده بود. (ریچلاک ۱۹۸۱)

پس از آنکه آدلر در جنگ جهانی اول به عنوان یک افسر پزشک خدمت کرد چند کلینیک راهنمایی کودک در مدارس دولتی وین دایر نمود. در سال ۱۹۲۶ نخستین سخنرانی خود را در ایالات متحده انجام داد و پس از آن مدت زیادی را در آن کشور گذراند. در سال ۱۹۳۵ به کلی از دست نازی‌ها فرار کرد و در آمریکا اقامت گزید. آدلر در ۲۸ می ۱۹۳۷ در اثر یک حمله قلبی، زمانی که مشغول یک بازدید علمی از دانشگاه آبردین<sup>۱</sup> در اسکاتلند بود درگذشت. فرزندان آدلر، کورت<sup>۲</sup> و الکساندر<sup>۳</sup> هر دو روانپزشک هستند و روان‌شناسی فردی که به وسیله پدرشان تدوین گردید را به کار می‌برند.

آدلر واقعاً مردی بود که جلوتر از زمان خود حرکت می‌کرد. او نخستین کسی بود که علناً با مراجعان خود به صورت گروه درمانی و خانواده درمانی در برابر تعداد زیادی از حضار دکتر، معلم، والدین و... کار می‌کرد. او توضیح داد که نشانه‌های روان‌رنجوری «خودپنداره» فرد را در مقابل تهدیدهای جهان خارج و نه در برابر سائقهای سرکوب شده محافظت می‌کند. در اوایل دهه ۱۹۲۰ آدلر پیش‌بینی کرد که هنوز دو نسل دیگر زمان باقی

1. Aberdin

2. Kurt

3. Alexandra

مانده است تا اینکه زنان بتوانند در جامعه به برابری واقعی با مردان برسند. علاقه واقعی او به برابری زنان با مردان در طرح مجسمه‌ساز دانمارکی تایرا بولدسن<sup>۱</sup> برای ساختن بنای یادبود اعطای حقوق مدنی به زنان منعکس شده است. این طرح شامل بخش بزرگی است که در آن زنان زیادی قرار دارند و فقط یک مرد وجود دارد و آن آدلر است.

### زمینه نظری

تأثیرات بسیار زیادی را می‌توان در زمینه‌های نظری آدلر یافت. در میان آنها آنچه که قابل توجه است تأثیرات نویسندگان معروفی نظیر داستایوفسکی<sup>۲</sup>، گوته<sup>۳</sup> و شکسپیر<sup>۴</sup> است. ضمناً آنجیل و همچنین رواقیون نیز تأثیرات زیادی در شکل‌گیری نظریه شخصیت آدلر داشتند. بویژه او نکاتی را از افرادی چون کارل مارکس<sup>۵</sup> نیچه<sup>۶</sup>، هنری برگسون<sup>۷</sup>، امانوئل کانت<sup>۸</sup> و آمریکایی‌هایی نظیر جی استانلی هال<sup>۹</sup>، جان دیویی<sup>۱۰</sup> و ویلیام جیمز<sup>۱۱</sup> اخذ کرده است.

آدلر در دوران جوانی خود به جنبه‌های روان‌شناسی و فلسفی سوسیالیسم علاقه‌مند شد. به همین جهت تأکید او را بر علایق اجتماعی به همین موضوع نسبت می‌دهند. توجه او به خلاقیت و برابری زنان با مردان نیز از عقاید کارل مارکس نشأت گرفته است. عقاید او دربارهٔ حقارت و برتری از نیچه گرفته شده است؛ در حالی که ایده آل نیچه سوپرمن (ابرمن)<sup>۱۲</sup> بود. ایده آل آدلر هم‌نوع<sup>۱۳</sup> بود. مفهوم «حافظه هدفدار» آدلر از نویسنده

---

1. Tyra Boldsen

2. Dostoevsky

3. Goethe

4. Shakespeare

5. Karl Marx

6. Nietzsche

7. Henri Bergson

8. Immanuel Kant

9. G. Stanley Hall

10. John Dewey

11. William James

12. Superman

13. Fellowman

عملگرای فرانسوی برگسون گرفته شده است. مفهوم «عقل سلیم یا عرف»<sup>۱</sup> به عنوان معیاری برای «سلامت روان» و مفهوم «منطق خصوصی» به عنوان میزان بیماری روانی از نوشته‌های فیلسوف آلمانی کانت اخذ گردیده است. (انسپیچر ۱۹۷۷)

آدلر با فروید از جهات زیر، هم عقیده بود. اینکه درمانگر باید معنای نشانه‌های آسیب‌شناختی را درک کند و اطلاعاتی دربارهٔ تجارب و رویدادهای اولیه بیمار، می‌تواند به درک این نشانه‌ها کمک کند و اینکه درک بیمار از رابطه میان تجربیات اولیه و رفتار کنونی او ممکن است منجر به بهبود قابل توجهی شود. از طرف دیگر اختلافات بنیادی در تفکر فروید و آدلر از سال ۱۹۰۸ ظاهر شد. در ابتدا این اختلافات به علاقه فروید نسبت به «سبب‌شناسی» نشانه‌های روان‌رنجوری و توجه آدلر به اهداف و قصد و غایت مربوط می‌شد. آنها یک سری بحث‌ها و مجادله‌های داغ با هم داشتند که منجر به توسعه نظریه شخصیت آدلر شد؛ او هوشیاری و «ناهوشیاری» را دوباره تعریف نمود و مفهوم فروید را از سرکوبی غرایز یا سائق‌ها به عنوان علت نشانه‌های آسیب‌شناختی رد کرد. آدلر در سال ۱۹۱۱ گروه فروید را ترک گفت و در سال ۱۹۱۲ واژه روان‌شناسی فردی را برای نامیدن نظام خود برگزید. (انسپیچر ۱۹۷۷)

نخستین مشارکت مشخص آدلر مطالعه‌ای بود که دربارهٔ اثراتی که «حقارت اندامی»<sup>۲</sup> (که اغلب به صورت عیب و نقص مادرزادی ظاهر می‌شود) بر شکل‌گیری و ساخت شخصیت دارد، انجام داد. بعدها معتقد شد که دیگر جنبه‌های رشد، مانند فشارهایی که مربوط به ویژگی‌های والدین و خواهرها و برادرها است، اهمیت بیشتری از ناهنجاری‌های اندامی دارند. آدلر روان‌شناسی خود را از «سرسشت زیستی»<sup>۳</sup> نگرفت بلکه از نگرشهایی که افراد نسبت به کمبودهای خود دارند، اخذ کرد. نظر او دربارهٔ شرطی شدن نگرشهای روانی بسیار ساده است. نوزاد آدمی موجود کوچکی که در مانده‌ای است که به وسیله بزرگسالان قوی محاصره شده است. بشر (حتی بزرگسالان) در مقابله با نیروهای طبیعی (مانند زلزله، سیل

1. common sense

2. organ inferiority

3. biological constitution



و غیره) بسیار ضعیف است. بنابراین احساس هر فردی باید احساس حقارت باشد. هر فردی زندگی را با حس طبیعی درماندگی شروع می‌کند. کوششهای رشد به عنوان تلاشهای جبرانی برای به دست آوردن برتری و قدرت مفید اجتماعی تلقی می‌شود.

### نظریه شخصیت

#### تعریف واژه‌ها

اشتباهات بنیادی (basic mistakes) عبارت است از نگرشهای غلط یا تحریف شده‌ای که زمانی نگرشهای صحیحی بوده‌اند اما دیگر نگرش صحیح تلقی نمی‌شوند. آنها معمولاً ناهوشیار هستند و برای گمراه کردن شیوه زندگی به کار گرفته می‌شوند.

برتری (superiority) دو شکل مخالف با یکدیگر را به خود می‌گیرد. برتری بی فایده اجتماعی که در برگیرنده نیاز شدید به صلاحیت داشتن، شایسته بودن، مفید بودن یا «قربانی» یا «شهید» شدن است، برتری با فایده و مفید اجتماعی عبارت است از سلطه یک فرد بر محیطش.

ترتیب ولادت (birth order) یا جایگاه ترتیبی و یا ترتیبی است که بچه در یک خانواده به دنیا می‌آید. به عنوان مثال: اولین بچه، دومین بچه و یا بچه کوچکتر.

تشویق (encouragement) جوهر اعتماد به نفس را در فرد افزایش می‌دهد و به شخص پیام می‌دهد که او آن گونه که هست و نه آن گونه که باید باشد به اندازه کافی خوب است.

جو خانواده‌گی (family atomos)، یا حال و هوای خانوادگی الگوی ویژه‌ای است که توسط والدین بنیانگذاری می‌شود. و به فرزندان به عنوان معیاری برای زندگی اجتماعی ارائه می‌گردد.

حقارت اندامی (organ inferiority) به این واقعیت اشاره دارد که برخی از افراد اندام بخصوصی یا کارکرد عضوی در هنگام استرسهای غیر معمول احتمالاً نخستین بخشی از بدن آنهاست که از کار می‌افتد. زیرا که مقاومت آن قسمت‌ها کم است.

خاطرات اولیه (early recollections) حوادث معینی هستند که شخص می‌تواند

بوضوح جزئیات و افکار و احساسات همراه با آن را، که در زمان وقوع حوادث وجود داشته است، به خاطر بیاورد.

روانشناسی فردی (individual psychology)، آدلر واژه «فردی» را برای شناساندن نظام خود به کار برد. زیرا او می‌خواست که مفهوم جامعه متحدی را القاء کند. این جمله در نگاه اول متناقض به نظر می‌رسد، اما آدلر آن را از نقطه نظر ریشه‌شناسی به کار برد.

شیوه زندگی (style of life) یک فرد شیوه عمل، شیوه فکر کردن و ادراک او را در یک چارچوب شناختی ایجاد می‌کند که از میان آن او اعمال خاصی را انتخاب می‌کند تا او را قادر سازد که با امور زندگی دست و پنجه نرم کند.

عقده حقارت (inferiority complex) عبارت است از اعتقاد راسخ یک فرد به ناتوانی خودش برای تصحیح یا بهبود بخشیدن به آنچه که اشتباه است.

علاقه اجتماعی (social interest) عبارت است از تمایل به همکاری با دیگران برای یک صلاح عمومی و آگاهی از مناسبات مشترک جهانی همه افراد بشر.

غایت شناختی (teleological) صفتی است که از لغت یونانی Tele به معنی دور یا فاصله‌دار گرفته شده و نشان دهنده جهت‌گیری به سوی اهداف رفتار بشر است.

منطق خصوصی (private logic)، در حالی که منطق عمومی دربرگیرنده ارزشهای مشابه و تجربیات معتبر بوده و یک نفر را به دیگری مرتبط می‌سازد منطق خصوصی یک طرح و نقشه خصوصی است که فرد بدان وسیله راه خود را در زندگی پیدا می‌کند؛ منطق خصوصی بر پایه روابط علت و معلولی روانشناختی مانند تنفر، ناکامی، کاهش سائق و کامرواسازی نیازها استوار نیست، بلکه در درجه اول به اهداف و نیات افراد وابسته بوده و با آن سازگار می‌باشد.

منظومه خانوادگی (family constellation)، برای تشریح شکل‌بندی روانی - اجتماعی گروه خانواده به کار می‌رود؛ مانند ویژگی‌های شخصیت و تفاوت احساساتی که هر یک از افراد خانواده دارند، تفاوت سنی، ترتیب ولادت، تسلط یا تسلیم هر یک از اعضای خانواده، جنس فرزندان و تعداد افراد خانواده.

هدف خیالی (fictional goal)، هر فردی در دوران اولیه کودکی خود تصویری

تخیلی را که تاکنون درك نشده از آنچه که او باید باشد، رشد می‌دهد اینکه ایمن باشد، برتر باشد و یا احساس تعلق کند.

یأس (discouragement)، هم بر وجود يك حالت یا شرایط، و هم به يك فرایند اشاره می‌کند؛ کاربرد آن هم برای شخصی است که مأیوس شده است، و هم به فرایندی گفته می‌شود که فرد را مأیوس کرده است. يك شخص مأیوس نمی‌تواند درك درستی از امکان برنده شدن در يك جنگ، حل کردن مشکل خود، و یا حتی برداشتن قدمی برای حل مشکل خود داشته باشد. فرایند یأس، فرایندی است که شخص را به سوی انتظار چنین شکستی می‌کشاند.

### ماهیت انسان

نظریه مشاوره آدلر، بر این فرض تأکید دارد که افراد بشر غیر قابل تقسیم، اجتماعی و موجوداتی هدفگرا هستند که تلاش آنها برای اهمیت داشتن، انگیزه‌های آنها را روشن می‌کند.

غیر قابل تقسیم اساس روان‌شناسی فردی بر پایه تمامیت فرد استوار است که قابل تبدیل نمی‌باشد به همین دلیل است که آدلر نظام خود را «روان‌شناسی فردی» نام نهاد. و آن را از واژه لاتین *individuum* که به معنی غیر قابل تقسیم، کامل و کل می‌باشد، گرفته است. دیدگاه او در مورد طبیعت و ماهیت انسان کل نگر است و نه جزءنگر (مثل فرویدیسم) این نظر اشاره دارد به اینکه به اعمال هر شخصی از نقطه نظر انتخاب شیوه زندگی او نگریسته می‌شود. شیوه‌ای که مردم به طور خلاق خود را سازمان می‌دهند و این کار عمدتاً تعیین کننده پاسخ آنها به جهان خارج است نتیجه عملی این فرض، این است که ما انسانها بیشتر تحت تأثیر تفسیرمان از واقعیات قرار می‌گیریم تا خود آن واقعیات، بنابراین برای مثال آدلر می‌گوید که دانستن احساس يك کودک از يك حادثه، مهم‌تر از دانستن جزئیات آن حادثه است، (دینک‌مایر ۱۹۷۹)

علاقه اجتماعی خصوصیت دیگر رویکرد آدلر این است که افراد بشر موجوداتی اجتماعی هستند و بنابراین رفتار بشر تنها در بافت اجتماعی آن قابل درك است. در هر فردی ظرفیتی به صورت فطری وجود دارد که آنچه را که آدلر *Gemeinschaftsgefühl* یا

«علاقه اجتماعی» می‌نامد، بسط و توسعه می‌دهد. یعنی تمایل به همکاری با دیگران برای يك صلاح عمومی. علاقه اجتماعی نه تنها در برگیرنده علاقه به دیگران می‌باشد بلکه علاقه به علاقه‌مندی‌های دیگران را نیز شامل می‌شود. علاقه اجتماعی استعداد همکاری و زندگی اجتماعی است که می‌تواند از طریق آموزش گسترش یابد و وقتی که گسترش یافت می‌تواند از طریق مهارت‌های واقعی همکاری و کمک، درک و همدلی بیان شود. بنابراین علاقه اجتماعی، ملاک آدلر برای تشخیص سلامت روانی بوده است. علاقه اجتماعی معیار سنجش هنجار بودن کودک است. (انسپیچر و انسپیچر ۱۹۵۶، صفحه ۱۵۴) میزانی که يك فرد می‌تواند به طور موفق با دیگران سهیم باشد و از طریق کار کردن با آنها مشارکت نماید و يك رابطه ارضا کننده با فردی از جنس مخالف خود به وجود بیاورد که در واقع نشان‌دهنده سطح بلوغ و یکپارچگی کلی شخصیت او می‌باشد. تلاش اجتماعی يك تلاش اولیه است نه ثانویه. جستجو برای اهمیت داشتن و یافتن جایگاهی در اجتماع که از جمله اهداف اساسی هر کودک و بزرگسالی می‌باشد، بنابراین افراد بشر را نباید در انزوای نگاه کرد بلکه باید آنها را به عنوان موجوداتی که دارای تعامل اجتماعی هستند دید. (دینک مایر ۱۹۷۹)

هدف گرایی<sup>۱</sup> بر اساس نظریه آدلر همه رفتارهای بشر دارای قصد و هدف است رفتارهای تصادفی و یا ظاهر آمشکل، تنها در سایه هدف آن می‌تواند قابل درک باشد. «روان‌شناسی فردی بر لزوم و ضرورت غایت یا هدف، برای درک کلیه پدیده‌های روانشناختی اصرار دارد. علل نیروها، غرایز، تکانه‌ها و نظایر آن نمی‌توانند به عنوان اصول توضیح دهنده تلقی شوند، در حالی که هدف‌هایی به تئیهایی می‌تواند پدیده‌ها را تبیین نماید.» (انسپیچر و انسپیچر ۱۹۵۶، صفحه ۹۲)

این رویکرد غایت شناختی نشان‌دهنده این است که اهداف رفتار به وسیله فرد تعیین می‌شوند (آدلر به جای تعیین می‌گوید: خلق می‌شوند) نه آن طور که فروید می‌گوید یعنی به وسیله تجارب دوران اولیه کودکی. تأکید آدلر بر رفتار هدفگرا بر پایه این اعتقاد او استوار است که افراد بشر از موهبت آزادی و انتخاب برخوردارند (يك ویژگی منحصر بفرد انسان

که او آن را «قدرت خلاق» طبیعت انسان نامید). از نظر آدلر ما نه تنها اهداف خود را انتخاب می‌کنیم بلکه يك منطق خصوصی (توانایی‌های شخصی، شناختی و یا هیجانی) را برای جهت دادن به این اهداف به کار می‌بریم. در نتیجه همه رفتارها حتی بد رفتاری‌ها و بی‌انضباطی‌ها نیز نتیجه کارکرد انتخاب خلاق در فرایند گزینش و تعقیب اهداف شخصی است. (دینک‌مایر ۱۹۷۹)

شاید واضح‌ترین مثال رفتار هدف‌گرا بد رفتاری‌های کودکان باشد (دری کورز و کاسل ۱۹۷۲). کودکان گاهی اوقات آنقدر به توجه نیازمندند که آن را از طریق رفتار آزاردهنده خود جستجو می‌کنند. کودکانی که هدف آنها کسب قدرت است تلاش می‌کنند تا به شما نشان بدهند که شما نمی‌توانید برنده شوید و حق با آنهاست. شما می‌توانید غالب و مستولی شوید اما نمی‌توانید برنده شوید. کودکانی که هدفشان انتقام است تلاش می‌کنند تا احساسات آزاردهنده خود را از طریق آزار رساندن و اذیت کردن بهتر کنند. آنها مانند بازیکنان بیسبال هستند که هشتاد و نه به صفر عقب هستند و در دو دقیقه آخر می‌گویند که «ما نمی‌توانیم برنده شویم اما می‌توانیم قبل از اینکه بازی تمام شود پای چند نفر را بشکنیم.» کودکان که هدفشان نشان دهنده بی‌کفایتی آنهاست، آنقدر مأیوسند که نمی‌توانند باور کنند که آنها قادرند افراد مهمی باشند. آنها بی‌کفایتی خود را به عنوان محافظت از خود به کار می‌برند تا کسی چیزی را از آنان نخواهد. (دینک‌مایر ۱۹۷۹)

اهمیت<sup>۱</sup> روان‌شناسی آدلر خانواده را به عنوان نخستین محیطی می‌شناسد که فرد در آن اهمیت را جستجو می‌کند. جستجو برای اهمیت زمانی آغاز می‌شود که شخص احساس حقارت را تجربه می‌کند و تلاش می‌کند که آن را جبران نماید. تلاش برای اهمیت داشتن (برتری) حرکتی است برای نیل به هویت و احساس تعلق (نیروی محرکی که در پس همه فعالیت‌های بشر وجود دارد) که بدان از دیدگاه غایت شناختی نگرسته می‌شود نه از دیدگاه علی و سببی؛ یعنی يك هدف ذهنی انتخاب شده این کشش را به وجود آورده نه يك سائق مخفی.

ادراك ذهنی<sup>۱</sup> مادر دوران اولیه زندگی، از خود و جهان خود ادراکی را به دست می‌آوریم. ادراکی که به طور واقعی به دست می‌آید نه اینکه تحمیل شود. ما فعال هستیم نه منفعل. ما تمایل داریم به ترتیبی که اشیاء به نظر ما می‌رسد رفتار کنیم همین که ادراك ما تغییر پیدا کند رفتارهای ما نیز بر اساس همان احساس دگرگون می‌شوند. بنابراین يك مشاور پیرو آدلر لازم است افراد را در چارچوب ادراکات و معانی منحصر بفرد آنان درك نماید. (دینک‌مایر ۱۹۷۹)

آزادی انتخاب<sup>۲</sup> آزادی انتخاب به معنی آن است که ما انسانها می‌توانیم و باید برای خود انتخاب کنیم. ما تحت تأثیر سائقهای مخفی نیستیم و یا نیروی وراثتی و یا محیطی نیست که ما را به سوی مسیرهای معین و انتخاب شده‌ای سوق می‌دهد ما هم از وراثت و هم از محیط به عنوان محرکهایی برای تفسیرهای خود استفاده می‌کنیم و این تفسیرهای یگانه ما چیزی است که به تجربیات روزانه ما اهمیت می‌بخشد. توانایی ما برای تفسیر تجربیات بر نظرات ما از خودمان و جهان اثر می‌گذارد. در هر دو صورت ما بر اساس ادراکات منحصر بفرد خود از تجربیات خویش، فرض‌هایی را می‌سازیم. برخی از این تفسیرها معتبر نیستند اما ما چنان عمل می‌کنیم که گویی آنها معتبرند. تفسیرها به طور فزاینده‌ای به الگوی ویژه پاسخ ما و یا به شیوه زندگی ما وابسته می‌شوند. (دینک‌مایر و دری کورز ۱۹۶۳)

شیوه زندگی<sup>۳</sup> آدلر معتقد بود که افراد بشر نیاز دارند وجود خود را معنی‌دار نمایند. اما این معنی‌دار بودن انسان در تجربیات زندگی ذاتی نیست بلکه آنها به وسیله تفسیرهای منحصر بفرد هر شخصی در زندگی به کار گرفته می‌شوند. یکی از نخستین و مهم‌ترین مفاهیمی که يك شخص تدوین می‌کند «نمونه نخستین»<sup>۴</sup> است. یعنی شکل اولیه تطابق فرد با زندگی بین سه تا پنج سالگی کودک شرایط زندگی خود را ارزیابی می‌کند و نقشه «نمونه نخستین» عمل خود را تعیین می‌کند. وقتی که «نمونه نخستین» ایجاد می‌شود کودک

1. subjective perception

2. freedom of choice

3. style of life

4. prototype

معانی موجود در آن را در تجربیات زندگی خود به کار می‌گیرد. به همین دلیل است که آدلر نهایتاً به این نتیجه رسید که آن را شیوه زندگی بنامد (ریچلاک ۱۹۸۱). شیوه زندگی هر فردی عبارت است از چارچوب شناختی که در آن، فرد رفتارهای خاصی را انتخاب می‌کند که این رفتارها او را قادر می‌سازند تا با زندگی کنار بیاید. در نتیجه، شیوه زندگی بیان‌کننده تم یا موضوع مرکزی است که از خلال آن رفتار می‌تواند تفسیر شود. (موساک ۱۹۷۱).

انواع شیوه‌های زندگی موساک<sup>۱</sup> (۱۹۷۱) ۱۴ نوع رفتار احتمالی را که به شیوه‌های زندگی رایج مربوط می‌شود، شناسایی کرد.

۱. دریافت‌کننده: دریافت‌کننده کسی است که زندگی و دیگران را چه سهواً و چه عمداً به خدمت خود می‌گیرد و از آنها بهره‌کشی می‌کند. او ممکن است از جذابیت، شرم، بد اخلاقی یا ارباب به عنوان روشهای کار خود استفاده کند.

۲. راننده: راننده کسی است که در حرکت است. شخصی که هوشیاری و تعهد زائد الوصفی نسبت به اهداف خود دارد و بندرت استراحت می‌کند و آرام می‌نشیند. در پس این کار او، ترسی وجود دارد. ترس از هیچ بودن خود.

۳. کنترل‌کننده: کنترل‌کننده کسی است که آرزو دارد زندگی را کنترل کند و یا به شخصی گفته می‌شود که آرزو دارد مطمئن شود که زندگی، او را کنترل نمی‌کند. او معمولاً دوست ندارد کسی او را شگفت‌زده کند و حالت‌های خود انگیختگی خود را کنترل می‌کند و احساسات خود را مخفی می‌سازد؛ زیرا همه اینها ممکن است کنترل او را کاهش دهند. در عوض او عقل‌گرایی، درستی، نظم و ترتیب و نظافت را دوست دارد.

۴. حق به جانب: او نیازمند است خود را در موضع حق ببیند به همین جهت خود را برتر از دیگران دیده و دیگران را در موضع اشتباه می‌بیند. با وسواس زیاد، از اشتباه اجتناب می‌کند؛ اگر او را در انجام کار اشتباهی گرفتار کنند، استدلال می‌کند که دیگران بیشتر از او در اشتباهند.

۵. برتر: فردی که نیاز به برتری دارد؛ از مشارکت در هر فعالیتی که نمی‌تواند برنده

شود اجتناب می‌کند.

۶. محبوب: شخصی که نیاز دارد همه دوستش بدانند او کوشش می‌کند که همه را در همه وقت راضی نگه دارد. بویژه نسبت به انتقاد حساس است و هنگامی که مورد تأیید مستمر و همه جانبه قرار نمی‌گیرد ضربه می‌خورد و خرد می‌شود. او ارزیابی‌های دیگران را به عنوان معیار ارزش خود می‌داند.

۷. خوب: شخصی که نیاز دارد به اینکه خوب باشد ترجیح می‌دهد که با معیارهای اخلاقی بالاتر از افراد دیگر زندگی کند. گاهی اوقات این معیارها حتی از معیارهای خدا بالاتر می‌روند زیرا او گاهی از خدا توقع دارد که گناهان او را ببخشد اما او گناهان دیگران را نمی‌تواند ببخشد.

۸. مخالفت: کسی که با همه چیز بویژه با خواسته‌های زندگی از خودش مخالفت می‌کند در واقع دلیلی برای این کار او وجود دارد.

۹. قربانی: هر اتفاقی ممکن است برای یک قربانی بیفتد. وجه مشخصه او احتمالاً نجات، ترحم به خود و یا کناره‌گیری است.

۱۰. شهید: شهید شبیه به قربانی است. با این تفاوت که قربانی صرفاً می‌میرد در حالی که شهید به خاطر هدفی یا علتی می‌میرد. هدف شهید یک هدف اصیل و متعالی و کار او برچیدن بی‌عدالتی است.

۱۱. بچه: بچه جای خود را در زندگی از طریق ایجاد جذابیت، بانمکی و سوءاستفاده از دیگران باز می‌کند.

۱۲. بی‌کفایت: شخص بی‌کفایت طوری رفتار می‌کند که گویی قادر به انجام کار درست نیست او کوتاهی و غفلت می‌کند و از این طریق دیگران را وادار می‌کند که به خدمتش در آیند.

۱۳. اجتناب‌کننده: کسی که از بروز احساساتش اجتناب می‌کند او ممکن است از خود انگیزختگی خویش بترسد. زیرا که این خودانگیزختگی ممکن است او را به مسیرهایی رهنمون شود که به طور کامل برایش برنامه‌ریزی نکرده است.

۱۴. جستجوگر هیجان: او فعالیت‌های معمولی و تکراری را تحقیر می‌کند در



جستجوی تجربیات نو و بدیع است و در مواقع آشوب و اغتشاش شاد می‌شود و از آن لذت می‌برد.

### ساختار شخصیت

آدلر مفهوم وحدت شخصیت را به جای توضیحات بی‌معنی دو مقوله‌ای و کاهش گرایانه ساختار شخصیت ارائه می‌دهد. او ماهیت انسان را به عنوان مجموعه‌ای از قسمت‌های ناپیوسته نمی‌نگرد بلکه ترجیح می‌دهد که تمامیت یک فرد را به عنوان یک کل پیوسته و متحد مطالعه کند. بنابر این برای آدلر ساختارهایی همچون هوشیاری یا ناهوشیاری بی‌معنی است، (مگر به عنوان تجربیات ذهنی کل شخص): بدین معنی که مردم چنان رفتار می‌کنند که گویی ذهن ناهوشیار در برخورد با ذهن هوشیار به صورت متقابل عمل می‌کند. او از مادی کردن این ساختارها خودداری می‌کند و واژه‌هایی نظیر هوشیار و ناهوشیار را به عنوان صفت به کار می‌برد تا اسم. هر گاه یک فکر هوشیارانه‌ای درک و فهمیده نشود ناهوشیار می‌شود و چنانچه یک فکر ناهوشیار فهمیده شود در واقع فکر هوشیار است. بنابر این، فرد را نباید صحنهٔ تخاصم و نبرد میان نیروهای روانی نگریست: رفتار یک معنای میان فردی دارد نه درون فردی. (دینک‌مایر و دری‌کورز ۱۹۶۳، موساک و دری‌کورز ۱۹۷۳، پاپانک ۱۹۶۷).

### رشد شخصیت

ما با برخی عوامل ژنتیک به این دنیا آمده‌ایم و خود را در یک محیط انسانی خاص می‌بینیم بعد از تولد ما نه تنها نسبت به محرک‌ها عکس‌العمل نشان می‌دهیم بلکه نقش فعالی را در جهت اثرگذاری بر دنیای اطراف خود بویژه دنیای اجتماعی افراد مهم ایفا می‌کنیم. ما می‌آموزیم که در رابطه با دنیا چه چیزی مؤثر است (و نیازهای ما و دیگران را تأمین می‌کند) و چه چیزی مؤثر نیست بنابر این هر واقعه جدید با مجموعه‌ای از شیوه‌های ذهنی و شخصی برای تفسیر آن واقعه همراه است. آدلر این مجموعه را شیوهٔ زندگی می‌نامد.

عوامل مؤثر در رشد شخصیت هیچگونه شواهدی دال بر تأثیرگذاری عوامل ژنتیکی بر رشد شخصیت وجود ندارد و هیچ معیاری نیز برای اندازه‌گیری میزان تأثیر نواقص و عیبه‌های جسمی وجود ندارد. اما به هر حال نظریه آدلر ادعا می‌کند که نقص یا

ناهنجاری به خودی خود بر رشد شخصیت اثر نمی‌گذارد بلکه این ادراک فرد از نقص یا ناهنجاری است که اثر دارد. عوامل فرهنگی به شخصیت در حال رشد يك شیوه سازمان‌یافته و قابل تشخیص را برای نگرستن به جهان ارائه می‌کند. که این شیوه سازمان یافته و قابل تشخیص همیشه برای رشد کامل شخصیت مفید نیستند اما لااقل موجب آشفته‌گی و پراکنده‌گی او نمی‌شوند.

البته خانواده، فراگیرترین و با نفوذترین اثر را بر روی رشد شخصیت دارد. ترتیب ولادت نیز عامل مهمی است. نه به خاطر جایگاه ترتیبی آن بلکه به گونه‌ای که کودک بر اساس آن جایگاه خود را ادراک می‌کند (و یا ادراک می‌شود) به عنوان مثال کودک تازه به دنیا آمده، تنها کودک در جمع بزرگسالان است که غالباً جایگاه مطلوبی دارد. زمانی که برادری یا خواهری وارد زندگی کودک می‌شود جایگاه برتر کودک اول مورد رقابت قرار می‌گیرد و یا ممکن است تفوق و برتری کودک از بین برود. این چالش بر روی دید کودک تازه به دنیا آمده از خودش و دنیا تأثیر عمیق می‌گذارد. منظومه خانوادگی يك واژه کلی است که به ویژگی‌های شخصیتی هر يك از اعضای خانواده و پیوندهای عاطفی بین اعضا، ترتیب ولادت خواهرها و برادرها، سلطه‌گری یا سلطه‌پذیری اعضای مختلف، سن یا جنس فرزندان، تعداد فرزندان، و حضور یکی یا هر دو والدین مربوط می‌شود جو خانوادگی به جو اجتماعی داخل خانواده مربوط می‌شود. دوی<sup>۱</sup> چیزی حدود ۲۴ «جو» را لیست کرده است از قبیل طرد، قدرت طلبی، ناهمسانی، بازدارندگی، حمایت مفرط و اختلال (نیکلی در سال ۱۹۷۱ آن را ذکر نمود) بالاخره تجربیات اولیه مانند معلولیت‌های جسمی فرد به تنهایی عوامل علی و سببی نیستند بلکه ادراکات فرد از آن تجارب است که اثر دارد (دینک مایر ۱۹۷۹)

شیوه زندگی در روانشناسی آدلر واژه شیوه زندگی به آشنایی اولیه فرد با زندگی مربوط می‌شود که پویاست، و حالتی خشک و انعطاف ناپذیر و ایستاد دارد و تقریباً مترادف است با واژه‌هایی مانند شخصیت، روان، منش و یا من. دینک مایر، این مطلب را روشن تر

بیان می‌کند: (دینک‌مایر ۱۹۷۹، صفحه ۲۹) «نمایشی که به طور مداوم در تئاتر خانوادگی اجرا می‌شود همه افراد خانواده، والدین و خواهرها و برادرها هر يك نقشی را در آن بازی می‌کنند. نمایشی که در آن كودك کارگردان خودش می‌باشد و آخرین بازیش را قبلاً در يك زمینه وسیع‌تری طراحی کرده است.»

شیوه زندگی هر فردی نتیجه تعبیر و تفسیر ذهنی آن فرد از عواملی است که بر رشد شخصیت او اثر دارند (ترتیب ولادت، جو خانوادگی و غیره) اینکه هر عامل (یا رابطه متقابل عوامل) واقعاً چه اندازه بر رشد فرد اثر خواهد داشت بستگی به خلاقیت فرد در مورد آن عوامل دارد. به عنوان مثال بعضی از مردم علی‌رغم نقص جسمانی موفق می‌شوند و برخی دیگر به نظر می‌رسد به خاطر نقصی که دارند موفقیت بیشتری کسب می‌کنند در حالی که دیگری وجود دارند که این نواقص تأثیری بر آنها نمی‌گذارد. در هر صورت در خلال سالهای اولیه، کودکان پاسخهای کاملاً ذهنی خود را برای پرسشهای بزرگی از قبیل پرسشهای زیر تدارك می‌بینند. اینکه من کیستم؟ زندگی چیست؟ من باید چه کنم؟ چه چیز خوب است؟ چه چیز بد است؟ در فرایند پاسخ به این پرسشها کودکان يك منطق خصوصی را ایجاد می‌کنند که نهایتاً هر فرد را نسبت به فرد دیگر متفاوت و بی‌نظیر می‌سازد.

شیوه زندگی به وسیله هر فرد ساخته می‌شود و از درون همسان باقی می‌ماند. برخی از این افراد وسیع زندگی می‌کنند و پایه و اساس برای راه حل اغلب مشکلات زندگی خود را تدارك می‌بینند. بعضی دیگر آنقدر محدود هستند که فقط با شرایط کاملاً خاصی خود را مواجه می‌سازند (آنها همیشه در معرض این خطر هستند که به طور اسفناکی بی‌کفایت باشند). پس از سالهای اولیه زندگی است که شیوه زندگی بخوبی استقرار می‌یابد و تجربیات جدید در آن جای می‌گیرد ولی این تجربیات آن را شکل نمی‌دهد. بعبارت دیگر فرد در سنین اولیه معتقدات خود را درباره اینکه او کیست؟ چه باید بشود؟ و از زندگی چه انتظاراتی می‌تواند داشته باشد، را به وجود می‌آورد. (موساک و دری کورز ۱۹۷۳) این اعتقادات را به چهار دسته تقسیم کرده‌اند:

الف. اعتقادات در باره اینکه من کیستم؟

ب. خودآرمانی به معنی اعتقاداتی در باره اینکه من چه باید باشم و یا مجبورم چه

باشم تا بتوانم جایگاهی در این جهان داشته باشم.

ج. جهان‌بینی عبارت است از اعتقاداتی در باره جهان، مردم، طبیعت و زندگی.

د. اعتقادات اخلاقی یعنی معیارهای شخصی من از خوبی و بدی.

ساختار اصلی شیوه زندگی در واقع زمانی ایجاد می‌شود که کودک در سنین چهار یا پنج سالگی است و اساساً در خلال بقیه عمر بدون تغییر باقی می‌ماند مگر به وسیله تجربه‌ای که فرد را در هم شکسته و چالش کند و یا در خلال درمان این شیوه زندگی اصلاح گردد. این ساختار یا بنیاد اساسی، مشتمل است بر نظریات یگانه فرد در باره اینکه چگونه می‌توان به امنیت، تعلق، برتری، کمال و یا تکامل دست یافت. تمام جنبه‌های شخصیت در خدمت آنند که برای فرد امنیت، برتری و احساس تعلق به وجود آورند. بنابر این تمام رفتارها چنانچه بر اساس منطق خصوصی فرد نگریسته شوند، قابل درک خواهند بود (منطقی که کلید شیوه زندگی فرد می‌باشد) (دینک‌مایر ۱۹۷۷).

### رشد رفتار ناسازگار

طبق نظریه آدلر بشر فطرتاً نه خوب است و نه بد؛ ما از طریق فرآیندهای رشد روانی یا اجتماعی خوب یا بد می‌شویم. این يك واقعیت طبیعی است که کودک ضعیف و درمانده به دنیا می‌آید و قدم به دنیای بزرگسالان می‌گذارد. معمولاً آگاهی کودک از میزان درماندگیش کاهش یافته و او بتدریج جای خود را در میان همسالان و افراد بزرگتر از خودش پیدا می‌کند. از طرف دیگر اگر کودک احساسات نامطمئن مربوط به خود در رابطه با دنیایش و مردم این دنیا را حفظ و نگهداری نماید، آنوقت ممکن است که او به يك منطق خصوصی پناه ببرد تا بتواند ترسها و احساسات مربوط به حقارت خود در این جهان را منحرف و یا مخفی سازد. بدین طریق کودک قادر می‌شود که با احساس برتری مصنوعی، برتری را به صورت ذهنی و غیر واقعی حفظ کند تا بتواند احساس حقارت ناهوشیار خود را جبران نماید او در این حالت است که به عنوان سازگار تلقی می‌شود. برخی از علل ناسازگاری عبارتند از: (نیکلی ۱۹۷۱، صفحه ۲۱)

۱. حمایت افراطی والدین باعث می‌شود که کودک احساس بی‌کفایتی و عدم مقبولیت نماید. زیرا که فرصت مستقل بودن و احساس مسئولیت از او گرفته می‌شود. او

ممکن است از پر خاشگری برای جبران احساس بی کفایتی خود استفاده کند.

۲. ناز پرورده کردن کودک باعث می شود که در او نگرش سلطه گری ایجاد شود. زمانی که کودک می آموزد که نمی تواند همیشه آنچه را که می خواهد داشته باشد. در او استعداد طغیان و دشمنی به وجود می آید.

۳. مسامحه و غفلت والدین ممکن است باعث شود که کودک دیگران را به عنوان افرادی طلبکار و غیر دوستانه بنگرد و احساس ناتوانی در همکاری های اجتماعی نماید. چنین کودکی ممکن است نیاز بیش از حدی را برای قدر دانی و عشق نشان دهد. اما قادر نیست که این احساسات را از دیگران دریافت کند.

۴. جانبداری والدین نسبت به یکی از فرزندان اغلب منجر به يك جنگ قدرت بین خواهران و برادران می شود.

۵. عدم جذابیت یا معلولیت جسمی خواه واقعی و خواه مبالغه آمیز و یا خیالی، می تواند الگوی زندگی فرد را تحت الشعاع قرار داده و باعث شود که او علیه دیگران طغیان کند و یا از آنها کناره گیری نماید.

۶. سلطه والدین می تواند باعث ایجاد واکنشهایی نظیر آنهایی که در حمایت مفرط والدین به وجود آمده بود، شود.

آدلر اختلالات روانی را به عنوان شیوه های نادرست و غلط زندگی می نگریست: «يك شیوه زندگی اشتباه که دارای اهدافی اشتباه و عقایدی اشتباه در باره خود و جهان است». (همه اینها ممکن است از طریق علاقه اجتماعی رشد نیافته نفوذ و سرایت کند). کودک سپس برای جبران تنشی که به خاطر این احساسات به وجود آمده الگوی نامناسب رفتاری را در خود به وجود می آورد و اغلب علاقه غیر واقعی برای برتری شخصی از خود نشان می دهد در نتیجه رفتار او خود محور و حمایت کننده از خود شده و او را به طور مؤثری از هر گونه فرصتی برای علاقه اجتماعی یا تعامل اجتماعی باز می دارد. احساس حقارت در درون و یا بیرون از فرد، امری طبیعی است. تنها هنگامی غیر طبیعی است که يك فرد به گونه ای عمل می کند که گویی او حقیر است و می توان بر چسب داشتن عقده حقارت را به او زد.

اشتباهات بنیادی شولمان<sup>۱</sup> (۱۹۷۳) خاطر نشان کرد که بسیط‌نگری بیش از حد<sup>۲</sup>، مبالغه<sup>۳</sup> و اشتباه گرفتن جزء به جای کل، سه اشتباه عمومی در منطق است که در بسیاری از شیوه‌های زندگی ظاهر می‌شود. او این اشتباهات را در ۶ گروه طبقه‌بندی کرد:

الف. نگرشهای تحریف شده درباره خود، مانند «من ناتوان‌تر از دیگران هستم.»  
 ب. نگرشهای تحریف شده درباره غیر خود، مانند «زندگی غیر قابل پیش‌بینی است.» و یا «مردم خوب نیستند.»

ج. اهداف تحریف شده، مانند «من باید کامل باشم.»

د. شیوه‌های تحریف شده در عمل، مانند «رقابت مفرط.»

هـ. آرمانهای تحریف شده، مانند «پسرها گریه نمی‌کنند.»

و. نتیجه‌گیری‌های تحریف شده، مانند «من محکوم به شکست هستم.» و یا اینکه «عشق همه کس و همه چیز را فتح می‌کند.» و یا «من تنها کسی هستم که واقعاً صداقت دارم.»

روان‌رنجوری گرایش و آمادگی برای روان‌رنجوری از تجربیات دوران کودکی ناشی می‌شود که به وسیله یکی از دو قطب مخالف مشخص می‌گردد. یعنی حمایت مفرط و یا مسامحه و غفلت و یا ترکیبی از هر دو. در نتیجه این تجربیات، در کودک تصویری از در ماندگی و اعتقاد راسخ به ناتوانی خود برای مقابله با زندگی به وجود می‌آید. این نگرش تحریف شده به وسیله محیط اجتماعی متخاصم، طلبکار و تنبیه‌کننده، به طور مکرر تقویت می‌شود. در نتیجه در کودک یأس شدیدی به وجود می‌آید و بدین ترتیب تلاش نوروتیک برای برتری شخصی به منظور جبران احساس حقارت و اضطراب رشد می‌یابد و رفتار خود محور گشته و در جهت حمایت از خود شکل می‌گیرد.

به طور خلاصه هر روان‌رنجوری می‌تواند به عنوان کوششی جهت رها کردن فرد از

1. Shulman

2. over simplification

3. exaggeration

احساس حقارت به منظور دستیابی به احساس برتری تلقی شود. متأسفانه روان‌رنجوری جبرانی که به وسیله فرد انتخاب می‌شود علی‌رغم اینکه با منطق خصوصی فرد سازگار است اما با عرف و عقل سلیم هماهنگ نیست. بنابراین از طریق دور کردن فرد از علاقه اجتماعی مشکل را بدتر و شدیدتر می‌کند.

روش دیگر نگرستن به رشد رفتار ناسازگار، پیوند دادن آن با ناامیدی است. فرد ناامید نمی‌تواند امکان برنده شدن در يك جنگ و یا حل يك مشکل و یا حتی حرکت به سمت راه‌حلهای احتمالی را تصور کند. چنین شخصی به توانایی خود و یا به زندگیش اعتماد ندارد.

مشکل‌ترین چیز برای تحمل کردن این است که فرد خود را بی‌ارزش، بی‌کفایت و شکست خورده فرض کند. تهدید کننده‌ترین خطرهای نیز تحقیر، خفت، حقارت و بی‌لیاقتی است. از آنجا که ما اغلب نسبت به ارزش خود شك داریم نمی‌توانیم این موضوع را درك کنیم که ما نیز در این اجتماع جایی داریم.

پیروان آدلر، ناامیدی را عامل اصلی همه نوع انحرافات، کمبودها و شکست‌ها می‌دانند مگر در موارد آسیب مغزی و عقب‌ماندگی ذهنی. مردم شکست می‌خورند زیرا که آنها در درجه اول، اعتماد به توانایی خود برای موفقیت ندارند. کودکی که شدیداً مأیوس است سعی می‌کند والدین، آموزگاران و همسالان خود را با نقص و کمبودی که به طور کامل از خود نشان می‌دهد تحت تأثیر قرار دهد و از این طریق آنها را وادار می‌کند که تقاضاهای زیادی از او نداشته باشند. (انسبیچر ۱۹۷۷، دینک‌مایر و دری‌کورز ۱۹۶۳، موساک و دری‌کورز ۱۹۷۳، پاپانک ۱۹۶۷)

## نظریه مشاوره

### دلیل تغییر

درمان براساس مکتب آدلر، براین فرض استوار است که مراجع زندگی خود را با شیوه زندگی غلط طراحی و هدایت کرده و بنابراین در ایجاد علاقه اجتماعی شکست خورده است. در نتیجه وظیفه درمانگر این است که به مراجع کمک کند تا نظر عینی‌تری از

واقعیت داشته باشد و علاقه اجتماعی فعالیت‌تری را در او به وجود بیاورد. حاصل درمان این خواهد بود که مراجع نه تنها رفتار خود را درک می‌کند بلکه در می‌یابد که او قادر است زندگی خود را از طریق شیوه‌های ارضاکننده‌تری هدایت نماید. در حالی که درک او تغییر می‌یابد، اعمال و رفتارش نیز دگرگون می‌شود. (موساک و دری کورز ۱۹۷۳، نیکلی و بوستروم ۱۹۷۱)

### فرایند مشاوره

پیروان آدلر فرایند مشاوره را شامل چهار مرحله می‌دانند:

الف. ایجاد رابطه همدلی بین مشاور و مراجع.

ب. کمک به مراجع برای درک باورها و احساسات، انگیزه‌ها و اهدافی که تعیین‌کننده شیوه زندگی اوست.

ج. کمک به مراجع برای اینکه نسبت به اهداف اشتباه و رفتارهایی که منجر به شکست خود می‌شوند بینش کسب کند.

د. کمک به مراجع برای توجه به شقوق عملی رفتار یا موقعیت مشکل‌زا و ایجاد تعهد در او برای تغییر آن رفتارها و موقعیت‌ها.

رابطه مشاوران پیرو آدلر رابطه خود را با مراجع یک نوع همکاری می‌دانند که در آن مشاور و مراجع شریک یکدیگرند و با یکدیگر در جهت اهداف توافق شده بین طرفین کار می‌کنند. رابطه گاهی اوقات در یک قرارداد نوشته می‌شود. این قرارداد، اهداف فرایند مشاوره و مسئولیت‌های هر یک (مشاور و مراجع) را مشخص می‌کند. بنابراین، مشاور از رابطه به عنوان یک شیوه حمایت‌کننده‌ای که بر روی نقاط قوت بجای نقاط ضعف و تشویق بجای تجزیه و تحلیل تأکید می‌ورزد، استفاده می‌کند.

درک پیروان آدلر شیوه زندگی را به عنوان بنایی شخصی که بر ادراکات، باورها و احساسات فرد استوار است، تلقی می‌کنند. بنابراین، مرحله دوم مشاوره در برگیرنده رشد و تعمیق (برای هر دو مشاور و مراجع) در درک شیوه زندگی مراجع و گفتگو با مراجع در این مورد است. تمرکز همواره بر «چارچوب مرجع» مراجع و اهداف او می‌باشد. هنگامی که مشاور شیوه زندگی مراجع را درک می‌کند، آنوقت می‌تواند به مراجع کمک نماید تا او نیز



درک نماید که چگونه شیوه زندگی تحت تأثیر باورها و اعتقادات اساسی قرار گرفته است. اعتقاد پیروان آدلر این است که باورها و اعتقادات بر احساسات اثر دارند و نه بر عکس، یعنی اعتقاد و باور شما درباره اینکه خجالتی هستید در شما احساس ترس ایجاد می‌کند؛ به همین دلیل است که مشاور پیرو مکتب آدلر باورها و اعتقاداتی را که زیربنای احساسات است مورد بحث قرار می‌دهد و فقط بر بازتاب احساسات تأکید نمی‌کند.

بینش مشاور پیرو آدلر همراه با احساس همدلی و پذیرش مواجهه نیز می‌کند. او مراجع را با اشتباهات اساسی، اهداف اشتباه، رفتارهای مبتنی بر شکست خود و باورهای محدودکننده‌اش مواجهه می‌کند. این مواجهه به مراجعان کمک می‌کند تا تضادهای ظاهری خود را حل کرده و اهداف اشتباه خود را تصحیح نمایند.

شقوق مختلف آخرین مرحله مشاوره تشخیص مجدد موقعیت است که در آن بینش به عمل تبدیل می‌شود. تشویق محرك اصلی برای تغییر مراجع است. عامل مهم دیگر تعیین کردن هدف است یعنی مشخص کردن دقیق و عینی اهداف و مقاصد. این دو عامل یعنی تشویق و تعیین اهداف، تعهد مراجع را برای عمل کردن بر اساس راههای جدید محکم‌تر می‌سازد. (دینک مایر ۱۹۷۹)

### اهداف مشاوره

فرایند روانی آموزشی مشاوره آدلر دارای اهداف زیر است:

الف. پرورش علاقه اجتماعی.

ب. کاهش احساس حقارت و غلبه بر یأس.

ج. تغییر در ادراکات و اهداف فرد.

د. تغییر نگرش اشتباه که زیربنای رفتار حتی رفتار قابل قبول و یا ارزشهای در حال تغییر است.

هـ. تشویق فرد برای تشخیص برابری خود با همدیفانش.

و. کمک به او برای آنکه به فردی مشارکت‌کننده تبدیل شود. (موساک و دینک مایر

۱۹۷۳، صفحات ۵۴-۵۳)

فرد سالم یا هنجار از نظر روانی، کسی است که علاقه اجتماعی او رشد یافته و مشتاق

است خود را به زندگی و وظایف زندگی بدون هر نوع بهانه و طفره رفتن متعهد نماید. روش دیگر تشریح يك شخصیت سالم این است که او را «شجاع»<sup>۱</sup> بنامیم. يك شخص شجاع می‌تواند به موقعیت و تکلیف و یا رویداد به صورت اعمال و یا راه‌حلهای شدنی و امکان‌پذیر نگاه کند نه اینکه آنها را به عنوان تهدید یا خطر بالقوه‌ای تلقی نماید. به نظر می‌رسد اجزای اصلی تشکیل دهنده شجاعت اعتماد به خود و توانایی‌های خود، برای مقابله با موقعیت خاصی که در آن هست یا هر موقعیتی که به وجود می‌آید، می‌باشد. آنچه که ویژگی يك شخص شجاع را مشخص می‌کند اعتقاد او به این مطلب است که راه‌حلهای او می‌توان پیدا کرد یا «با هر موقعیتی می‌توان مواجه شد.» (این بدان معنی نیست که فرد همه جوابها را می‌داند.) افراد شجاع متقاعد شده‌اند که آنها به عنوان افراد با ارزش و منسجم می‌توانند از عهده هر آنچه که اتفاق می‌افتد بر آیند بدون اینکه احساس شکست یا حقارت کنند و یا تسلیم ناامیدی شوند. (دینک‌مایر و دری کورز ۱۹۶۳)

### آموزش مشاور

آموزش مشاور آدلری به دو طریق صورت می‌گیرد. يك راه آن آموزش دیدن در یکی از مؤسسات آموزشی منطقه‌ای است (فهرست آن در پایان فصل آمده است). روش دوم از طریق آموزشهای کم و بیش سنتی دوره کارشناسی ارشد است که بر اصول شیوه‌های مکتب آدلر تأکید دارد. (فهرست این دوره‌ها ضمیمه است.) انجمن روان‌شناسی آدلر در آمریکای شمالی<sup>۲</sup> همه آموزشهای شیوه‌اول و بعضی از آموزشهای شیوه دوم را قبول دارد. (کرن ۱۹۸۲)

مطالب زیر از کاتالوگ اطلاعاتی سال ۱۹۸۳-۱۹۸۱ مؤسسه آلفرد آدلر «شیکاگو» اقتباس شده و می‌تواند اطلاعاتی را درباره‌ی اینکه چگونه می‌توان يك مشاور آدلری شد ارائه دهد. این مؤسسه در سال ۱۹۵۲ به وسیله ردلف دریکورز<sup>۳</sup> یکی از دانشجویان آلفرد آدلر تأسیس گردید. در این مؤسسه نظریه و شیوه‌های روانشناختی زیر نظر اعضای هیأت علمی

1. courageous

2. North American Society of Adlerian Psychology

3. Rudolph Dreikurs

مجبرب تدریس می‌شود. دانشجویان می‌توانند در دوره‌هایی که منتهی به اخذ درجه کارشناسی ارشد<sup>۱</sup> می‌گردد، و یا در دوره‌هایی که نیاز به شرکت در برنامه‌های کارشناسی ارشد ندارد و منتهی به اخذ گواهینامه می‌گردد ثبت نام نمایند. همه این آموزشها دارای زمینه‌های بالینی است. برنامه‌ریزی ایجاد دوره دکترا در حال انجام است، دوره‌ها به صورت پاره‌وقت ارائه می‌شود یعنی بعد از ظهرها یا شبها یا روزهای تعطیل یا برخی از روزهای تابستان. به طور کلی، این دوره‌ها آموزشهای پیشرفته‌ای را برای افراد حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای شاغل تدارك دیده است. بسیاری از درسهای دو ساعت برنامه‌ریزی شده که به مدت یازده هفته و هر هفته در يك بعد از ظهر تدریس می‌شود؛ مؤسسه هر يك از این درسهارا يك واحد تلقی می‌کند. (يك واحد این مؤسسه برابر است با يك ساعت و نیم ترم دانشگاهی)

متقاضیان ثبت نام در دوره کارشناسی ارشد (M.A) باید دارای درجه کارشناسی در رشته‌های مرتبط با حداقل هجده واحد درسی دوره لیسانس یا کار تخصصی در مشاوره یا روان‌شناسی باشند. دوره کارشناسی ارشد شامل بیست و يك واحد درسی از جمله کار عملی است و شامل حداقل پنجاه ساعت تماس با حداقل پنج مراجع می‌باشد. دانشجویان برای کار عملی حداقل دوازده ساعت زیر نظر دو استاد متفاوت آموزش می‌بینند. علاوه بر کار عملی فردی، دانشجویان باید حداقل سی ساعت نیز نظارت و سرپرستی گروههای کوچک را داشته باشند همه دانشجویان باید در دو رشته شرکت کنند آنها یا باید مشاوره خانوادگی را مشاهده نموده و یا رهبری یا کمک رهبری يك بحث گروهی والدین، یا گروه مطالعه را بر عهده گیرند. در پایان علاوه بر تکمیل برنامه، هر دانشجویی لازم است که تجربه در درمان فردی یا گروهی داشته باشد.

### کارکرد مشاور

یکی از مفروضات اساسی روان‌درمانی آدلر این است که مراجع نسبت به محرکهای بیرونی غیرفعال نیست بلکه يك شرکت کننده فعال در زندگی است که نسبت به دیگران واکنش منحصر بفرد دارد. در این صورت درمان بسیار مؤثر خواهد بود زیرا که وقتی بر شیوه

ویژه و منحصر بفرد در درك و تفسیر تجربیات تأکید می‌شود، اثر بیشتری نسبت به زمانی دارد که فقط بر ماهیت خود تجربیات تأکید می‌گردد. رفتار غیر قابل قبول يك مراجع را نباید به عنوان يك بخش مجزای شمار آورد بلکه آن را باید در رابطه با الگوی کلی زندگی مراجع نگاه کرد. در نتیجه برای درك و درمان ناسازگاری درمانگر باید با چیزها به طور مستقیم و همانگونه که هستند برخورد کند نه آن گونه که باید و یا ممکن است باشند و یا آن گونه که قبلاً بوده‌اند.

مشکلات مراجع همیشه يك معنا و مفهوم اجتماعی دارد. درمانگر باید در این چارچوب رفتار مراجع را درك کند. ناسازگاری هنگامی ایجاد می‌شود که فرد را از تجربه کردن و جذب عناصر محیط اجتماعی و در نتیجه از فرایند درون فردی محروم کرده باشند. درمانگر باید در پی کشف این مطلب باشد که چه چیزی مراجع را با استفاده از تجربیاتی که در خلال دوران رشد داشته، باز داشته است و چه چیزی احساس مسئولیت و احساسات اجتماعی مراجع را در فرایند اجتماعی شدن کاهش داده است؟ که اینها برای سازگاری موفقیت‌آمیز در زندگی لازم هستند. (نیکلی ۱۹۷۱، صفحه ۲۸)

مشاور آدلری در درجه اول يك مشارکت‌کننده فعال در فرایند مشاوره است. در پژوهشهایی که صورت گرفته ویژگیهای يك درمانگر مؤثر آدلری به صورت زیر توصیف شده است: همدلی، گرمی، خلوص (کارخوف ۱۹۸۹، رفرانک، هون-ساریک، ایمبر، لیبرمن و استون ۱۹۷۸، راجرز، جندلین، کیسلر و تروآکس ۱۹۶۷، تروآکس و کارخوف ۱۹۶۷) اما به هر حال تأکید بیشتر بر ابعاد عملی تر موضوع نظیر تفسیر، مواجهه و عینیت می‌باشد؛ بعلاوه مشاوران آدلری باید آگاهی از امور زیر داشته باشند:

الف. عقاید و احساسات مراجع.

ب. نقش آنها به عنوان يك الگو برای مراجع.

ج. شرایطی که برای رشد مراجع ضروری است. نظیر همدلی، توجه و علاقه، خلوص، گشاده‌رویی، توجه مثبت و احترام، درك و روشن کردن معنا و هدف رفتار مراجع و روشهایی که دارای زمینه‌های عملی بیشتری هستند. (دینک‌مایر ۱۹۷۹)

از آنجا که مشاور آدلری تابع درمان دارویی نیست لذا از ایفای نقشی که او را دانا و توانای مطلق نشان بدهد خودداری می‌کند و به همین شدت نیز سعی دارد که مراجع را

به عنوان يك فرد یا گروهی غیر فعال و تسلیم شده در نظر نگیرد که فقط باید به او گفت که چه بکند. درمان در این جهت طراحی می شود که مراجع را آگاه سازد که او موجودی خلاق است و نقش مهمی در ایجاد مشکلات خود ایفا کرده است و مسئول رفتار خود می باشد. (موساک و دری کورز ۱۹۷۳)

## تمرین مشاوره

### تکنیک‌های عمده

مشاوران آدلری تکنیک‌های گوناگونی را به کار می‌برند که برخی از آنها در همه مراحل مشاوره مورد استفاده قرار می‌گیرند (مانند توجه و پاسخ توأم با همدلی) در حالی که بعضی دیگر از تکنیک‌ها فقط در مراحل خاصی از فرایند مشاوره مورد استفاده قرار می‌گیرند (مانند تفسیر خاطرات اولیه)

مرحله اول: رابطه به منظور تسهیل حرکت به سوی اهداف این مرحله (ایجاد اعتماد متقابل، تعهد به اهداف، ایجاد فرضیات آموزشی درباره رفتار مراجع، شناسایی نگرشها، افکار و رفتارهای مراجع که می‌تواند در رابطه مشاوره‌ای دخالت داشته باشند). تکنیک‌های زیر به کار می‌رود. (دینک مایر ۱۹۷۹)

۱. رفتار توأم با توجه و گوش دادن با دقت مشتمل است بر ارتباط خوب چشمی، حالتی آرام که همراه با فعالیت و درگیری است و اظهار نظرهایی که مستقیماً از گفته‌های مراجع نشأت می‌گیرد. گوش دادن با دقت نه تنها در برگیرنده دقت در مفاهیم کلمات مراجع می‌باشد بلکه در برگیرنده درک احساسات، مقاصد و مفاهیم شخصی او نیز است که ممکن است در پس پیام او نهفته باشد.

۲. بستن يك قرارداد مراجع را نسبت به اهداف مشاوره متعهد می‌کند (چه به صورت ضمنی یا صریح) که بوضوح انتظارات و اهداف مراجع و همچنین برنامه مشاور را برای کمک مشخص می‌کند. همچنین می‌توان از طریق سؤالات زیر تعهد مجدد مراجع را به وجود آورد. مانند «آیا این همان است که شما می‌خواهید باشید»، «فکر می‌کنید چه اتفاقی می‌افتد اگر شما بر رفتارتان اصرار داشته باشید؟» از آنجا که درمان

صورت نمی‌گیرد مگر آنکه مشاور و مراجع بر سر هدف و فرایند درمان با یکدیگر توافق کنند. لذا ضروری است که مشاور توجه مراجع را به موضوعی که پیش روی دارند متمرکز کند و اجازه ندهد که فرایند درمان با طفره رفتن‌ها و دفاعهای مراجع و یا ابهامات مشاور منحرف شود.

۳. بازتاب احساسات، درک همدلانه، گرفتن اصل مطلب از مراجع در رابطه با احساسات و مفاهیمی که مربوط به شخص اوست.

مراجع: من از اینکه به وسیله گروه کنترل شوم و مجبور به سازش باشم خسته شده‌ام. من نمی‌توانم این طور کار کنم.

مشاور: تو از کنترل گروه عصبانی هستی و مایلی که آزاد باشی تا بتوانی خودت تصمیم بگیری.

۴. استفاده کار از سکوت به معنی آن است که مشاور سکوت را بدون آنکه مضطرب شود بپذیرد. این کار به مراجع کمک می‌کند تا مسئولیت خود را برای شروع صحبت و در میان گذاشتن نگرانی‌های خود بشناسد. مشاور پس از آنکه برای مدت کوتاهی سکوت را می‌پذیرد، ممکن است سؤال کند «فکر می‌کنی الان دارد چه می‌گذرد؟»

۵. ارتباط غیرکلامی مانند حالت چهره، حالت بدن، سفت کردن عضلات، آهنگ و زیر و بمی صدا، سرعت نفس کشیدن می‌تواند به اندازه ارتباطات کلامی مهم باشد. مشاور پس از آنکه چندین بار (ونه فقط يك مرتبه) حالت‌های غیر کلامی را مشاهده نمود بر اساس آنها استنباط می‌کند و می‌گوید: «به نظر می‌رسد که برای مشکل است در این مورد صحبت کنی.» و یا «آیا ممکن است آن فکر شما را عصبانی کرده باشد؟»

مرحله دوم: ارزیابی، درک، تشخیص و طبقه‌بندی مشکلات این مرحله دارای دو هدف عمده است: درک شیوه زندگی مراجع و اینکه چگونه این شیوه زندگی کار کرد فعلی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این مرحله دو تکنیک متفاوت وجود دارد که می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. (دینک‌مایر ۱۹۷۹)

مشاور معمولاً این مرحله را با کشف وضعیت فعلی مراجع، راههایی که مراجع از آن طریق به روابط اجتماعی خود دست پیدا می‌کند، احساس مسئولیت در کار، نقش جنسیت و

احساسات مراجع درباره خود شروع می‌کند. تصویر کلی شخصیت‌های مراجعان زمانی به طور کامل درک می‌شود که به عمق تفکرات آنها نفوذ کنیم و منطق خصوصی آنها را که ممکن است ریشه ناسازگاری‌های آنها باشد کشف نماییم. برای کشف این منطق خصوصی در مانگر تلاش می‌کند تا دریابد که مراجعان زمانی که رفتارهای خصوصی را انجام می‌دهند چه چیزهایی به خودشان می‌گویند. وقتی که این منطق خصوصی با در مانگر در میان گذاشته شود، اهمیت و تأثیر آن برای مراجعان کم می‌شود و آنها متوجه می‌شوند که چگونه خواست‌های توافق‌شده واقعیت را کنار می‌گذارند و یا از آنها صرف‌نظر می‌کنند تا منطق خصوصی خود را به عنوان توجیه و دلیلی برای رفتارشان ایجاد نمایند. (نیکلی ۱۹۷۱، صفحه ۶۲)

پیروان آدلر اعتقاد دارند که تعیین الویت مراجع یک روش بالینی مفید، برای معین کردن اهداف کوتاه و بلندمدت و اعتقادات راسخ مراجع است برای تشخیص الویت اول مراجع، مشاور از او می‌خواهد که با مختصر جزئیات برنامه یک روز عادی زندگی خود را بیان نماید (چه می‌کند، چرا آن کارها را انجام می‌دهد، چه احساسی درباره آنها دارد؟)، عمومی‌ترین الویت اول عبارتند از احساس راحتی، احساس خشنودی کنترل داشتن و احساس برتری (به عنوان مثال: «فقط زمانی احساس واقعی تعلق می‌کنم، که راحت باشم») روشهای دیگر تشخیص الویت اول شخص این است که از او پرسیده شود که باید از چه چیزهایی به هر قیمتی دوری کند و یا او به طور مستمر چه احساسی را در دیگران به وجود می‌آورد.

برای پی بردن به منظومه خانوادگی می‌توان درباره ارزشها و نگرشها و روشهای انضباطی خانواده سؤالاتی را مطرح کرد. پرسشنامه منظومه خانوادگی می‌تواند در این زمینه به مشاور کمک کند. «نخستین قدم در روشن نمودن منظومه خانوادگی مراجع این است که از او بخواهیم درباره خواهر و برادرهای خود و ویژگی‌های منفی و مثبت آنان شرح دهد.» بدین ترتیب روابط عاطفی بین خواهران و برادران و بین هر کدام از بچه‌ها با پدر و مادر کشف می‌شود. در پایان از مراجع خواسته شود که احساسات و نگرشهای خود را نسبت به اعضای خانواده بیان کرده و افراد خارج از خانواده که او را تحت تأثیر قرار می‌دهند نام ببرد. (سالمان و نیکلی ۱۹۷۱، صفحه ۳۹)

خاطرات اولیه (ER) با ارزش هستند زیرا که راهنمایی هستند که نشان‌دهنده نگرشها، اعتقادات و انگیزشهای فعلی مراجع می‌باشند و افراد تنها آن دسته از وقایع دوران اولیه کودکی را به یاد می‌آورند که همسان با نگرشهای کنونی آنها نسبت به خودشان و یا نسبت به جهان باشد.

به کارگیری خاطرات اولیه یکی از تکنیک‌های فرافکن است که می‌تواند برای ارزیابی پویایی‌های شخصیت فرد به کار رود. از مراجع خواسته می‌شود که «فکر کند و تا جایی که می‌تواند به عقب برگردد. خاطرات سالهای کودکی خود را به مشاور بگوید» تأکید خاصی که به این خاطرات اولیه می‌شود شیوه اصلی زندگی مراجع را نشان می‌دهد. (نیکلی و ورگر ۱۹۷۱)

خلاصه منظومه خانوادگی و تفسیر خاطرات اولیه، به مشاور امکان می‌دهد تا ادراکات اشتباه و ادراکاتی که علیه مراجع است و یا به عبارت دیگر اشتباهات اساسی او را دریابد. موساک و دری کورز اشتباهات اساسی را به صورت زیر نام می‌برند:

الف. تعمیم‌های افراطی «مردم دشمن من هستند.»

ب. اهداف غیرممکن و نادرست برای دستیابی به امنیت. «من باید همه را خوشحال کنم.»

ج. ادراکات غلط از زندگی و خواسته‌های آن. «زندگی هرگز به من روی خوش نشان نمی‌دهد.»

د. ناچیز شمردن یا انکار ارزش خود. «من فقط يك خانه دار هستم.»

هـ. ارزشهای اشتباه. «تو باید نفر اول باشی حتی اگر به خاطر آن لازم باشد که به دیگران پشت پا بزنی.»

برای به کارگیری روشهای کلی گفته شده مشاور می‌تواند يك یا چند دستور العمل جزئی را مورد استفاده قرار دهد.

۱. توضیح<sup>۱</sup>: عبارت است از: فرایند بررسی گفته‌های مراجع به منظور اطمینان یافتن از اینکه مشاور مفاهیم مراجع را به همان گونه‌ای که وی در نظر دارد متوجه شده و درك



کرده است.

مراجع: من چیزی درباره‌ی اونمی دانم. گاهی اوقات خیلی خوب است، اما دوباره بد می‌شود.

مشاور: شما مطمئن نیستید از اینکه او چه خواهد کرد. به سختی می‌توان رفتار او را پیش بینی کرد.

۲. مواجهه<sup>۱</sup>: یعنی مشاور مراجع را متوجه نکات افتراق یا تفاوت بین نیت و رفتارهایش، بین احساسات و پیامهایش و بین بینش‌ها و اعمالش می‌کند و یا نگرشهای ذهنی، اعتقادات و نگرشهای اشتباه و اهداف خصوصی و رفتارهای مخرب مراجع را نمایان و روشن می‌سازد.

۳. تفسیر<sup>۲</sup>: عبارت است از انتقال توجه از چارچوب<sup>۳</sup> مرجع مراجع به چارچوب مرجع مشاور. که در این صورت دیدگاه جدیدی جهت درک شرایط به مراجع داده می‌شود. به منظور کاهش مقاومت، تفسیر معمولاً به صورت آزمایشی پرسیده می‌شود مثلاً «آیا می‌تواند اینگونه باشد که...» یا «آیا ممکن است که...»

۴. سوال: آدلر از آن جهت سؤال می‌کرد که تشخیص دهد آیا مشکل شخص دل‌ای ریشه ارگانیکی است یا کارکردی. او می‌پرسید «چه فرقی می‌کرد اگر تو حالت خوب بود؟» پاسخ این سؤال بیان‌کننده این است که مراجع از طریق نشانه‌های جسمی، دل‌د از چه چیزی اجتناب می‌کند.

۵. ادراک و پاسخ عینی و محسوس، مراجع را تشویق می‌نماید تا به طور صریح و مشخص با موضوعات شخصی مرتبط، ارتباط ایجاد نماید. مثلاً:

مراجع: نمی‌دانی که بعضی از شوهرها چه عکس‌العملی نشان می‌دهند.

مشاور: تو مطمئن نیستی که تاام نسبت به تصمیم تو برای بازگشت به مدرسه چه عکس‌العملی نشان خواهد داد.

- 
1. confrontation
  2. interpretation
  3. frame of reference

۶. هنگامی که شخص مایوس در جستجوی اهمیت و ارزش اجتماعی است، رفتارهای مناسب و درست را از خود نشان نمی‌دهد غالباً چنین رفتارهایی دیگران را آشفته می‌سازد و دیگران آن را به عنوان يك رفتار ناسازگار می‌بینند. درمانگران آدلری تلاش می‌کنند تا به مراجع اهداف رفتار ناسازگارشان را نشان دهند. هدف اول مراجع در برگیرنده مکانیسم‌های جلب توجه است. زمانی که مکانیسم‌های جلب توجه با شکست مواجه می‌شود، کودک به سوی هدف بعدی میل پیدا می‌کند یعنی جنگ قدرت. جستجو برای پیروزی (خصوصاً پیروزی بر بزرگسالان نیرومند) انگیزه اولیه کودک می‌شود زمانی که کودک در اثبات برتری خود بر بزرگسالان شکست می‌خورد شروع به جستجو برای انتقام گرفتن می‌کند. که این سومین هدف او می‌شود، و زمانی که در انتقام گرفتن نیز شکست می‌خورد به کودک احساس درماندگی دست می‌دهد و سعی می‌کند بزرگسالان را نسبت به بی‌کفایتی کامل خود قانع سازد. (لو ۱۹۷۱)

مرحله سوم: آشناسازی مجدد در این مرحله مشاور و مراجع با یکدیگر کار می‌کنند تا نگرشها، اعتقادات و کنش‌های جدید را برای آموزش و انگیزش مجدد مراجع مورد بررسی قرار دهند تا دیدگاه او را نسبت به زندگی مؤثرتر نماید. چندین استراتژی معین برای دستیابی به این اهداف مورد استفاده قرار می‌گیرند (دینک مایر ۱۹۷۱)

۱. فوریت<sup>۱</sup> به معنی آن است که مشاور می‌گوید که چه تجربه‌ای از مراجع در حال حاضر دارد.

مراجع: من می‌خواهم کاری را شروع کنم اما فایده‌ای ندارد آنها همه جلوتر از من هستند.

مشاور: شما می‌گویید که می‌خواهید کاری را شروع کنید اما احساس من از تن و حالت صدای شما این است که شما پیش از این تسلیم شده‌اید.

۲. قصد متناقض<sup>۲</sup> واژه‌ای است که اشاره به روشی دارد که به وسیله آن مراجع تشویق

1. immediacy

2. paradoxical intention

می‌شود تا بر نشانه‌ها تأکید بیشتری نماید. (مثال: اگر مراجعی ناخن خود را می‌جود مشاور او را تشویق می‌کند تا حالتی را تصور کند که او در حال فرو کردن انگشتانش در آرنجش می‌باشد).

۳. آب دهان انداختن در سوپ مراجع: «این عبارت از اصطلاحات مدرسه‌ای گرفته شده است و اشاره بدان دارد که کسی با آب دهان انداختن در غذای دیگری غذای او را برای خود بردارد.» از نظر بالینی یعنی تغییر رفتار از طریق تغییر معنا و مفهومی که آن رفتار برای مراجع دارد. مشاور ارزش و قصد آن رفتار را مشخص می‌کند و سپس ارزش آن رفتار را نزد مراجع پایین می‌آورد تا شوخی و بازی را کنار بگذارد.

۴. حل مشکل و تصمیم‌گیری از جمله مهارت‌های اساسی آخرین مرحله مشاوره است. مشاور و مراجع هدف‌ها را تنظیم و راه‌های مختلف و احتمالی و نیز نتایج آنها را بررسی می‌کنند. اینکه هر یک از این راه‌ها چگونه مراجع را در رسیدن به اهدافش کمک می‌کند آنوقت مؤثرترین شیوه را اجرا می‌نماید.

۵. مشخص کردن تکلیف و تعهد نسبت به آن از جمله مراحل است که مراجعان در جهت حل مشکل خود، آن را می‌گذرانند. برای اثر بخش بودن این کار، تکلیف باید مشخص باشد و به وسیله مراجع انتخاب شود مرحله مشخص کردن تکلیف و ایجاد تعهد نسبت به آن به مراجع کمک می‌کند تا عقاید و احساسات جدید خود را تبدیل به اعمالی مؤثر و کارا بنماید و برای این کار انرژی لازم را تولید می‌کند. این کار باز خوردی را به وجود می‌آورد که به وسیله آن پیشرفت مراجع را می‌توان ارزیابی کرد. (دینک مایر ۱۹۷۹)

۶. «علاقه اجتماعی یا احساس اجتماعی چیزی نیست که بتوان یاد داد بلکه چیزی است که از طریق فعالیت و ارتباط بین مراجع و درمانگر به وجود می‌آید. در وهله اول از طریق پذیرش کلامی و غیر کلامی مراجع منتقل می‌شود.» این علاقه هنگامی که درمانگر نقش يك الگو برای مراجع را دارد شدت می‌یابد. علاقه اجتماعی به روش سوم نیز شدت می‌یابد و آن هنگامی است که «درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا او به ارزش خود به عنوان يك انسان و ارزش دیگران پی ببرد.» احساس اجتماعی نیز همچنین زمانی که

درمانگر خود را بیان می‌کند و احساس خود را آشکار می‌سازد بیشتر می‌شود. و بالاخره علاقه اجتماعی مراجع زمانی به وجود می‌آید که وی به طور سازنده‌ای با زندگی دیگران درگیر شده و ارتباط برقرار کند. (نیکلی ۱۹۷۱، صفحه ۹۱)

### پارامترهای درمان

پیروان آدلر در هر نوع جلسه‌ای که تصور کنید شرکت کرده و بر اساس شیوه آدلر عمل می‌نمایند. مانند جلسات خصوصی، در رابطه با بیماران بستری یا بیماران سرپایی، زندانها، مدارس و مشاوره گروهی و برنامه‌های بهداشت روانی. معمولاً دفتر مشاوره هیچ نوع اثاثیه یا تجهیزات خاصی ندارد (مثل مبل راحتی) درمانگر آدلری در طول مشاوره فردی، روبروی مراجع می‌نشیند و یا خود نیز در حلقه مشاوره گروهی شرکت می‌کند. بعضی از درمانگران از نوار ویدئو یا ضبط صوت در جلسات درمان استفاده می‌کنند و البته بعضی نیز این کار را نمی‌کنند. تعدادی از درمانگران از نوارها جهت بازخورد مراجعان و بعضی دیگر جهت مطالعه یا پژوهشهای شخصی استفاده می‌نمایند و تعدادی نیز جهت تدریس از نوار ویدئو و ضبط صوت بهره می‌گیرند. بعضی از پیروان آدلر بویژه درمانگران قدیمی و آموزش دیده در اروپا از آزمونهای روانشناختی استفاده نمی‌کنند و معتقدند که این آزمونها، تنها نمایانگر آنچه که فرد هست می‌باشد و چگونگی زندگی کردن او را مشخص نمی‌نماید.

پیروان آدلری عموماً از تکنیک‌های مختلف درمان استفاده می‌کنند. دری کورزو همکاران او درمان چندگانه<sup>۱</sup> (چند درمانگر با یک مراجع) را معرفی کردند و از اولین کسانی بودند که مشاوره گروهی را در جلسه مشاوره خصوصی به کار بردند. مشاوره خانوادگی که دربرگیرنده شرکت همه اعضای خانواده در آن است مدتها به عنوان نکته برجسته و هنر روش آدلری به شمار می‌آمد. آدلر خود به تنهایی اولین کلینیک راهنمایی کودک را تأسیس نمود.

رویکرد آدلری نسبت به بسیاری از درمانها بویژه روانکاوی کوتاه مدت تر است. اگر

درمان درست صورت گیرد باید ظرف مدت سه ماه یا کمتر علائم موفقیت ظاهر شود.  
(موساک و دری کورز ۱۹۷۳)

### مورد پژوهی

مورد پژوهی زیر از گارفلینکل، ماسی و مندل (۱۹۷۶)

«چارلز. اس، فرزند بزرگ خانواده، زمانی که برای مشاوره آورده شده است هشت ساله بود. آنچه که این مورد را متفاوت از دیگر موارد می‌کند این است که چارلز دارای برادری کوچکتر بود که او در همان سنین کودکی فوت می‌کند و در نتیجه چارلز تنها فرزند خانواده خود می‌شود. در چنین وضعی طبیعی است که والدین بیش از پیش از فرزند باقیمانده خود مراقبت، و به او توجه می‌کنند و این مطلب در مورد چارلز نیز صادق بود. در زمان مشاوره والدین او از یکدیگر جدا شده و او با مادرش زندگی می‌کرد.»

چارلز يك سری اعتقادات اشتباه داشت که واکنشی به محیط خانه‌اش بود و او معتقد بود که «من باید همیشه جلب توجه کنم و اگر نکنم حتماً مشکلی دارم. من باید هر کاری که می‌توانم برای جلب توجه انجام دهم.» او در مدرسه از طریق فریاد زدن، بلند شدن از جای خود و قدم زدن در کلاس، بی‌احترامی به معلم و ستیزه‌جویی با همکلاسی‌ها سعی در جلب توجه بیشتر داشت. زمانی که معلم او را برای روخوانی صدا نمی‌زد عصبانی می‌شد و اگر به او می‌گفتند که مثلاً کار اشتباهی را انجام داده است یا خیلی تعجب می‌کرد و یا ناراحت می‌شد. بالاخره او همیشه فکر می‌کرد که دیگران با او خوش رفتاری نمی‌کنند.

مثال زیر نشان می‌دهد که اولین خاطره می‌تواند بر درك ما از دیدگاه پدیدار شناختی فرد از زندگی تأثیر داشته باشد. مثلاً اولین خاطره چارلز چنین است: «من و مادرم داشتیم با اتوبوس به مرکز شهر به سلمانی می‌رفتیم. من ساعت کوچکی به دستم بود که آنرا توی اتوبوس گم کردم. مادرم از دست من عصبانی شد و محکم به دستم زد.» زمانی که درمانگر خاطره چارلز را تحلیل می‌کرد دریافت که او دارای نگرشی اینچنین است که: «وقایعی اتفاق می‌افتند که مرا توی مشکل بیندازند.» مشاور دریافت که رابطه چارلز با مادرش دارای اهمیت است.

مشاور به خاطره بعدی چارلز مراجعه کرد تا ببیند آیا آنها نیز همین مفهوم را می‌رساند. چارلز نوشته بود که «مادرم از من عکس گرفت. از او پرسیدم من که دهانم را باز گذاشته بودم چرا از من عکس گرفتی؟». این دو مطلب در خاطرات اول و دوم چارلز نشان می‌دهد که اولاً او فکر می‌کند که حوادث برای او اتفاق می‌افتند و ثانیاً او در مورد وضع ظاهر خود نگران است. (سلمانی - عکس)

خاطره سوم نیز می‌تواند مفید باشد تا ما درک بهتری از شیوه زندگی چارلز داشته باشیم. «به یاد می‌آورم که با برادرم بازی می‌کردم و اگر چه او کوچکتر بود همیشه مرا می‌زد. وقتی که جعبه‌ای را به سویم پرتاب کرد من نتوانستم کاری بکنم. او جعبه را روی سرم گذاشت و روی آن نشست. نمی‌توانستم خودم را از دستش رها کنم. مادرم او را از روی جعبه بلند کرد. آنوقت نتوانستم سرم را از توی جعبه بیرون بیاورم.»

ما بتدریج متوجه شدیم که رابطه چارلز با مادرش بسیار مهم است و همچنین یک چهره جدید و مهم یعنی برادر کوچکش نیز، اهمیت دارد. بجای اینکه چارلز فرزند نیرومندی شود متوجه شد که برادرش همیشه از او قوی‌تر است. این گفته چارلز برای مشاور خیلی اهمیت داشت که «همه مرا می‌زنند هم کوچکش (برادر) هم بزرگش (مادر) و من هم نمی‌توانم کاری کنم همه چیز برای من اتفاق می‌افتد. من احتیاج به کمک دارم. یک آدم قوی باید کمک کند.»

در طول مدت مشاوره معلوم شد که چارلز همچنان سعی در حفظ اعتقادات اشتباه خود دارد. لازم به ذکر است که چارلز زمانی که در مدرسه مرتکب اشتباه می‌شد هرگز احساس نمی‌کرد که او اشتباه کرده است. بسرعت از معلم خود کمک می‌گرفت تا با همکلاسانش مقابله کند. معلم او اغلب می‌شنید که با ناله می‌گفت: «من بیچاره، همه اتفاقات برای من می‌افتد.»

مشاوره با چارلز در درجه اول بر این مطلب متمرکز بود که احساسات مربوط به علاقه اجتماعی او را برانگیخته نماید. این کار با تشویق چارلز جهت برقرار کردن دوستی و در عین حال کمک به او برای ایجاد اعتماد به نفس بیشتر انجام گرفت و برای این کار جلسات متوالی صرف تمرکز بر روی نقاط قوت و مثبت چارلز گردید.

## کاربرد

علاوه بر کاربردهای معمول درمان فردی و گروهی، پیروان آدلر شیوه‌های درمانی بسیار زیادی را تدوین کرده و مورد استفاده قرار داده‌اند. آدلر در کلینیک راهنمایی کودک خود یک روش گروهی را به کار برد که در آن کودکان را در حضور مشاهده کنندگان درمان نمود. این روش ابتدا به عنوان یک سمینار آموزشی برای معلمان مورد استفاده قرار گرفت اما بزودی این روش، یک روش درمانی برای کودکان در آمد و امروز در بسیاری از مراکز آموزش خانواده به کار می‌رود. مشاوران پیرو آدلر همچنین انواع دیگر مشاوره گروهی را نیز به کار می‌برند: نظیر مشاوره چندگانه (چند مشاوره با یک مراجع)، خانواده درمانی، سایکودراما<sup>۱</sup>، محیط درمانی (جامعه محلی که قدرت درمانی دارد) و مشاوره گروهی آموزشی ضمناً اصول و شیوه‌های آدلر در کلاسهای آموزش والدین، مددکاری، توان بخشی افراد مهاجم، مجموعه‌های صنعتی، مشاوره پیرایشکی، آموزش رهبری، تحرك اجتماعي و گروههای خودیاری<sup>۲</sup> نیز به کار می‌رود.

## نقد

### پشتوانه پژوهشی

پیروان آدلر مانند بسیاری از روانکاوان و متخصصان بالینی اروپایی نسبت به روشهای تحقیق آماری باشك و تردید نگاه می‌کنند. در نتیجه تحقیقاتی که صورت گرفت مبنی بر بررسی موارد بالینی بود. اخیراً کسانی که پیرو آدلر نبودند تحقیقات آماری در این مورد انجام داده‌اند که بخش اعظم رویکرد آدلر را معتبر دانسته‌اند.

الیس<sup>۳</sup> (۱۹۵۷) تأثیر شیوه‌های روانکاوی، التقاطی و درمان منطقی-هیجانی<sup>۴</sup> را با یکدیگر مقایسه نمود. قسمت اعظم درمان نوع آخر که به وسیله الیس تدوین شده بر اصول

1. sychodrama

2. self - help groups

3. Ellis

4. Rational Emotive Therapy

آدلری استوار است و بسیار بیشتر از دورویکرد دیگر مؤثر بوده است. دیلورتو (۱۹۷۱) در يك بررسی کاملاً دقیق و کنترل شده دریافت که مراجعانی که بر اساس رویکرد منطقی-هیجانی (RET) درمان می‌شوند، بهبود قابل ملاحظه‌ای در میزان اضطراب درون فردی آنها پیدا می‌شود و این دستاوردها را تا سه ماه بعد از آن نیز حفظ می‌کنند. مهم‌ترین نتیجه این آزمایش این بود که مراجعان درونگرا که درمان منطقی-هیجانی را دریافت داشته‌اند، در خصوص روشهای اجتماعی مناسب توانستند نسبت به کسانی که درمان دارویی و یا روشهای غیردرمانی درمورد آنها به کار رفته است سریع‌تر به مردم عادی برسند. بعلاوه گروه درمان منطقی-هیجانی نسبت به دو گروه حساسیت‌زدایی منظم و گروه مراجع محوری توانستند دستاوردهای بیشتری داشته باشند. متأسفانه اغلب گزارشهایی که درباره نظریه و شیوه آدلر نوشته شده به صورت شهادتنامه (انسپیچر ۱۹۷۷) و مشاهدات کلینیکی موردی و یا به وسیله کسانی که پیرو آدلر نبودند انجام شده است. (آلن ۱۹۷۱)

### ارزیابی

هنگامی که به جهان معاصر نگاه می‌کنیم می‌بینیم که نمی‌توانیم حتی يك مشکل در اطراف خودمان پیدا کنیم که ناشی از کاهش (اگر نگوئیم فقدان) علاقه اجتماعی نباشد چه خانواده‌ای که هر فرد دارد و یا خانواده ملت‌ها، هر يك مصمم هستند تا «از این میان سهم خود را بگیرند.» آدلر فقدان علاقه اجتماعی را به عنوان بیماری اصلی نوع بشر شناسایی نمود.

فروید ما را در يك رویکرد «سطح پایین، معمولی و فرقه‌گرا» در زندگی حبس کرده است (تعادل حیاتی) جایی که مهم‌ترین آرزویی که می‌توان داشت، تلاش کم و بیش موفق جهت کنترل حیوان در آن زندگی است. آدلر معتقد بود که زندگی چیزی بیش از صرف بقای نوع بشر است: فرد از طریق سلطه بر محیط می‌تواند زندگی با کیفیت بهتری را به دست بیاورد.

آدلر ماهیت و طبیعت انسان را به عنوان چیزی که «از گذشته کشیده شده»<sup>۱</sup> می‌داند

1. pulled from before



نه چیزی که «از عقب آن راهل داده‌اند»<sup>۱</sup> یعنی به عنوان يك فرد فعال تا يك فرد منفعل. آدلر اراده و وسیله تصمیم‌گیری در مورد خود و همچنین مؤثرترین چارچوب را برای درك رفتار خود و دیگران به ما داد. یکی از «برجستگی‌های درك غایت شناختی رفتار بشر، مشکل و پیچیده‌نکردن مشاوره و درمان است. بجای اینکه به توضیحات افسانه‌ای رفتار پناه ببریم فقط احتیاج داریم که بیرسیم، شما از این کار چه به دست می‌آورید.» نتیجه دیگر رادری کورز و گسل در سال ۱۹۷۲ گرفتند که اهداف بدرفتاری کودکان را روشن می‌سازد. به نظر می‌رسد که اینها کمک‌های اصلی و اساسی رویکرد آدلر می‌باشند. هر کدام از اینها نتایج و آثاری دارند که کمک به روان‌شناسی نیز بشمار می‌آید.

محدودیت عمده‌ای که به نظر می‌رسد در تکنیک آدلر وجود داشته باشد این است که آدلر و شاگردانش وقت بسیار کمی را به نظریه و اصول درمان روان‌شناسی فردی و همین‌طور زمان کمی را نیز به تحقیق و تجربه درباره این شیوه اختصاص داده‌اند. خوشبختانه بسیاری از پیروان جدید آدلر شروع به پر کردن این شکاف کردند و آنها به نظر می‌رسد که از اعتراف به کمک‌هایی که غیرپیروان آدلر به نظام آدلر کرده‌اند ابایی ندارند.

## فصل چهارم

### تحلیل تبادلی<sup>۱</sup>

اکثر نظریه‌ها و دیدگاه‌های مربوط به شخصیت در مشاورهٔ بازتاب شخصیت و ویژگی‌های بنیانگذار همان نظریه است. مثلاً آریک برن<sup>۲</sup> در مورد نظریه تحلیل تبادلی به ما می‌گوید: «هرچه که من می‌گویم و هرچه که من انجام می‌دهم، انجام بده اما مانند من نباش.» او معتقد بود که دیگران می‌توانند طرح زندگی خودشان را تغییر دهند، اما او نمی‌تواند. او ضربه‌ها را نمی‌توانست بخوبی دریافت کند و در مورد ضربه زدن نیز ناتوان بود. کلام او گواه این مطلب است که او «من کودکی» فعال داشت و این رازبان پرشورش نشان می‌دهد اما به خاطر قلب شکسته‌اش (به معنای دقیق کلمه) و به عنوان یک مرد ناکام در سال ۱۹۷۰ مرد. (استینر ۱۹۷۴).

موضوع بسیار ناراحت کننده این است، مردی که یک استاد کامل در مورد تحلیل حالات و تبادلات دیگران بود و در رهبری و هدایت افراد، از انتهای یک تونل تاریک،

---

1. Transactional Analysis(TA)

2. Eric Berne

به سوی نور و روشنائی کاملاً متخصص بود؛ خود به تنهایی به انتهای زندگی خود در تاریکی رسید.

## تحول تاریخی

### زمینه شخصی

اریک برن یا اریک لئونارد برنستین<sup>۱</sup> در سال ۱۹۱۰ در مونترال کانادا به دنیا آمد. او به دنبال کارهای پدرش مدرک پزشکی (M.D) خود را در سال ۱۹۳۵ از دانشگاه مگ گیل<sup>۲</sup> گرفت و وارد حیطه روانپزشکی بیمارستان دانشگاه یل<sup>۳</sup> شد. کمی بعد از آن به خاطر جریان ضدیهودی در آمریکا نسبت به اسم خود حساس شد و آن را به اریک برن کوتاه نمود و در همان زمان نیز تبعه آمریکا شد. در سال ۱۹۴۱ در مؤسسه روانکاو نیویورک تدریس نمود و در همان زمان نیز تبعه آمریکا شد. در سال ۱۹۴۱ در مؤسسه روانکاو نیویورک تدریس نمود و در سال ۱۹۴۳ به عنوان روانپزشک وارد ارتش شد. و تجربه خود را در مورد شیوه‌های درمان گروهی آغاز نمود. او در سال ۱۹۴۶ به خدمت خود از ارتش خاتمه داد؛ در «سان فرانسیسکو» مطب خصوصی خود را باز نمود و آغاز به کار کرد. او روانکاو را در مؤسسه روانکاو «سان فرانسیسکو» زیر نظر اریک اریکسون<sup>۴</sup> آموزش دید. گرچه که بیست سال اول زندگی حرفه‌ای خود را در جستجوی دریافت گواهینامه رسمی به عنوان روانکاو سپری نمود اما هرگز این گواهینامه را بدست نیاورد. زمانی که تقاضای عضویت او در مؤسسه روانکاو در سال ۱۹۵۶ رد شد، او دیگر از گرفتن مدرک منصرف گردید. استینر<sup>۵</sup> (۱۹۷۴) معتقد بود آنچه که باعث شد تقاضای عضویت برن در مؤسسه روانکاو رد شود، عقیده نادرست و غیر معقول او (البته از نقطه نظر روانکاو) در مورد روشهای گروهی و پافشاری او در خصوص درگیر شدن فعال با مراجعانش بود. در هر

1. Eric Leonard Bernstein

2. McGill

3. Yale

4. Eric Erikson

5. Steiner

صورت در این مرحله بود که برن عقاید خود را در مورد روان درمانی تدوین نمود. (السون ۱۹۷۹).

اولین بار که نظریه تحلیلی تبادلی ارائه و به عموم عرضه گردید در سال ۱۹۵۷ در يك كنفرانس حرفه‌ای در شهر لوس آنجلس بود. او در سال ۱۹۶۱ کتاب تحلیل تبادلی در روان درمانی را منتشر نمود و در آن فلسفه مفاهیم اصلی دیدگاه خود را ارائه داد. کتابهای دیگر او نیز به دنبال این سخنرانی منتشر گردید.<sup>۱</sup> مشارکت برن در نظریه تحلیلی تبادلی (TA) از نقطه نظر فلسفی و نظری بود. پیروان او مطالب دیگری را بدان اضافه کردند و بخش عملی آن را تصحیح نمودند. (والام و برن ۱۹۷۹).

### زمینه نظری

گرچه که برن (۱۹۶۱) به کارگیری مفاهیم نظریه فروید را در نظریه خود و پیوند با روانکاوی را انکار کرد، با این حال نمی‌توان شباهتهای ساختاری بین این دو نظریه را امری تصادفی دانست (شاید ناهوشیار باشد نه تصادفی). برن معتقد است که تحلیل تبادلی مانند يك سيب و روانكاوی هسته سيب است. هالند (۱۹۷۳، صفحه ۳۵۴) برن (۱۹۶۱) اصرار داشت که والدین، بزرگسال و کودک هر سه حالت‌های من (Ego) هستند. توضیح او در خصوص کارکرد هر يك از این سه حالت و تفاوت آنها با نهاد، خود و فراخود فروید مبهم و نامفهوم است.

برن عمیقاً تحت تأثیر آدلر بود. آنچه که بین این دو نظریه مشترك است یکی در مورد شیوه زندگی آدلر و طرح زندگی برن است. شیوه زندگی آدلر کلی تر است (هالند ۱۹۷۳) در حالی که طرح زندگی برن کمی معین تر و سازمان یافته تر است. «من خوب نیستم»<sup>۲</sup> برن شبیه به احساس حقارت آدلر است شباهتهای دیگر بین تحلیل تبادلی (TA) و

1. The structure and dynamics of organization and groups (1963)

Games people play (1964)

Principles of group treatment (1966)

What do you say after you say hello?

(این کتاب در سال ۱۹۷۲ بعد از مرگ او منتشر شد.)

روان‌شناسی فردی در مورد دیدگاه اجتماعی است که ویژگی هریک از این دو نظریه می‌باشد و شباهت آنها در روشهای درمان است. در هر دو رویکرد درمانگر بیشتر يك معلم است تا یاریگر، و مراجع بیشتر دانش آموز است تا بیمار. (کورسینی ۱۹۷۷).

### نظریه شخصیت

#### تعریف واژه‌ها

آیین‌ها (rituals) یعنی سعی در به سبك خاصی در آوردن و پیش‌بینی کردن انواع راههای مبادله که کمترین درگیری را با کمترین ریسك داشته باشد، مانند احترام گذاشتن و تبریک گفتن.

احساس راکت (rocket feeling) احساسی که نتیجه تخفیف و تنزل است.

اشتیاق به جایگاه (position hunger) نیاز فرد به اخذ تصمیمات اساسی در مورد زندگی که به طور دائم تأیید شده است (تصمیماتی در مورد «خوب بودن» فرد و دنیا).

اشتیاق سازماندهی (sturcture hunger) به نیاز افراد مربوط می‌شود. اینکه وقت خود را به گونه‌ای صرف کنند که تعداد ضربه‌های دریافتی را بیشتر کنند.

اشتیاق محرك (stimulus hunger) مربوط است به نیاز همگانی برای تحريك یا ضربه زدن (شناخت). طبق نظر برن (۱۹۶۴) ضربه زدن برای زندگی مفید است.

بازی (game) يك سری «تبادلات دو قسمتی» است که به يك تغییر و نتیجه قابل پیش‌بینی تعریف شده منتهی می‌شود و می‌تواند «من خوب نیستم» و یا «جایگاه تنزل یافته» را توجیه کند.

تبادل (transaction) یعنی معاوضه کردن ضربه‌ها بین دو نفر که شامل يك محرك و يك پاسخ بین حالت‌های خاص «من» است.

تبادل متناظر (transaction, crossed) وقتی صورت می‌گیرد که جهت‌ها موازی نیستند یا اینکه بیش از دو حالت من درگیر هستند.

تبادل مکمل (transaction, complementry) یا موازی، یعنی جهت‌های محرك و پاسخ موازی است بنابراین تنها دو حالت من درگیر است. هر کدام از طرف يك نفر.

تبادل نهان (transaction, ulterior) هم شامل پیامهای آشکار (اجتماعی) و هم پنهان روانشناختی است. آنها ممکن است زاویه‌ای و یا دو قسمتی باشند. تبادل زاویه‌ای شامل سه حالت من است و زمانی صورت می‌گیرد که پیام‌ها به طور همزمان از يك حالت من آغاز گر، به دو حالت من پاسخ‌دهنده، فرستاده می‌شوند. تبادل دو قسمتی شامل چهار حالت من است، دو حالت در يك فرد. در جریان تبادل دو قسمتی دو مجموعه از تبادلات مکمل به طور همزمان واقع می‌شوند. یکی در سطح اجتماعی و دیگری در سطح روانی.

صمیمیت (intimacy) يك رابطه متقابل ساده و بدون بازی است که آزادانه و بدون بهره‌کشی دادوستد می‌شود.

تمبرها (stamps)، احساسات یا «ضربه‌هایی» است که جمع‌آوری شده‌اند تا بعضی از رفتارهای آینده را توجیه نمایند.

تخفیف (discounting) به معنی نادیده گرفتن یا تحریف بعضی از جنبه‌های مربوط به تجربیات درونی یا بیرونی است؛ مثلاً فرد ممکن است وجود مشکل، اهمیت، احتمال تغییر مشکل و یا توانایی شخصی خود را کمتر از آنچه که هست بداند.

جایگاه زندگی (life position) به معنی اینکه، افراد در اوایل زندگی نیاز دارند که وضع و جایگاه خود را در رابطه با ارزش ذاتی و درونی خود و دیگران تجربه کنند. چهار نوع جایگاه یا وضعیت زندگی وجود دارد.

الف، من خوب هستم، تو خوب هستی.

ب. من خوب هستم، تو خوب نیستی.

ج. من خوب نیستم، تو خوب هستی.

د. من خوب نیستم، تو خوب نیستی.

حالت من (ego state) به معنی حالات ذهن و الگوی رفتاری وابسته به آن است آن گونه که در طبیعت وجود دارد.

حالت من بزرگسال (adult ego state)، بهترین شاخص و حالت من بزرگسال این است که به عنوان جذب کننده اطلاعات عمل می‌کند (چنانچه بزرگسال (A)، والدین (P) و کودک (C) با حروف بزرگ نوشته شود منظور حالت‌های «من» است و اگر با حروف بزرگ

نوشته نشوند هر يك معرف يك فرد است.)

حالت من کودکي (child ego state) شامل کلیه احساسات و رفتارهای مختلفی است که در سالهای اولیه کودکی تجربه شده‌اند.

حالت من والدینی (parent ego state)، منظور از والدین مجموعه‌ای از افراد مهم هستند کسانی که به گونه‌ای ارتباط قوی با فرد دارند.

راکت (racket) يك فرایند درونی یا برونی است (معمولاً تبادلات مکمل) که بدن وسیله فرد محیط خود را تعبیر و تفسیر یا دستکاری می‌کند و «من خوب نیستم» یا تنزل مقام و جایگاه خود را توجیه می‌نماید.

وقت گذرانی يك مکالمه نیمه آیینی است که به وسیله آن مردم عقاید، افکار یا احساسات مربوط به مطالب بی ضرر که نیاز به عمل ندارد را با یکدیگر در میان می‌گذارند. ضربه شرطی (stroke conditional)، ضربه‌های شرطی برای انجام کار به فرد ارائه و از آنها برای تأثیر بر رفتار استفاده می‌شود.

ضربه، ضربه واحد توجه است که موجب تحریک فرد می‌شود.

ضربه فیلتردار (filtered stroke) یعنی ضربه‌هایی که تحریف شده و یا حاوی اطلاعات نامربوط می‌باشند.

ضربه مثبت (positive, stroke) خوشایند است و حامل پیام «تو خوب هستی» می‌باشد و معمولاً دریافت کننده آن احساس خوبی به دست خواهد آورد.

ضربه‌های منفی (negative stroke) دردناک است و گاهی حامل پیام «تو خوب نیستی» می‌باشد و ممکن است احساسات ناخوشایندی را برای دریافت کننده آن به وجود بیاورد.

ضربه‌های غیر شرطی (unconditional, strokes) برای بودن به فرد داده می‌شود. آنها وابسته به شرایط هستند که به طور طبیعی واقع می‌شوند و نیاز به کوششی خاص ندارند.

طرح (script) یعنی يك نقشه زندگی شخصی که هر فردی آن را به وسیله تصمیماتی که در اوایل زندگی خود در واکنش به تعبیر و تفسیر اتفاقات مهمی که در زندگی رخ داده می‌گیرد و آن را شکل می‌دهد.

فعالیت‌ها (activities)، کار یا رفتارهایی هدف‌مدار هستند. در فعالیت‌ها، فرد موقعیتی را به وجود می‌آورد که در آن انجام تکلیف سبب به وجود آمدن «ضربه‌های» مورد نیاز می‌شود.

کودک انطباق یافته (adapted, child) به گونه‌ای شکل گرفته که با والدین خود ارتباط متقابل دارد و بنابراین کنترل و مهار شده است.

کودک، پروفیسور کوچک (professor little, child) قسمتی از حالت من کودک است که استدلال بزرگسال بر آن استوار است و به عنوان پروفیسور کوچک شناخته شده است. کودک طبیعی (natural, child)، این بخش از حالت من کودک شامل کودکی جوان، تکانشی، آموزش ندیده و هیجانی است.

گوشه‌گیری (withdrawal) روشی است برای تنظیم وقت که بسیار محدود کننده بوده و پاداش کمی برای فرد دارد. افرادی که وقت خود را با گوشه‌گیری می‌گذرانند بر اساس ضربه‌هایی زندگی می‌کنند که آنها را از قبل دریافت کرده‌اند و یا دریافت آنها را در آینده خیالبافی می‌کنند.

مثلث نمایشی (drama triangle) کارپمن<sup>۱</sup> یک تعامل سه‌بخشی است که در آن یک نفر آزاردهنده، دیگری نجات‌دهنده و سومی قربانی است.

محروم‌سازی (exclusion) یک مشکل مرزی است و زمانی به وجود می‌آید که به‌طور مؤثری جلوی یک یا چند حالت من را سد کرده و مانع از عمل آنها شوند.

ناخالصی (contamination) یکی از مشکلات مرزی بین دو حالت من است و زمانی روی می‌دهد که عقاید و نگرشهای متعصبانه یا غیر منطقی والدین و یا احساسات کهنه و منسوخ کودک در تفکر منطقی و شیوه بزرگسال تداخل کرده باشد.

بازداشتن (injunction) نوعی رفتار منفی مربوط به والدین است که به کودکان فرمان می‌دهند تا آنچه را که والدین خواسته‌اند انجام دهند و معمولاً شامل پیامهای «تکن» والدین می‌باشند.



والدین تربیت کننده (parent nurturing) از جمله افراد مراقب، نگران، بخشنده، اطمینان دهنده، آسانگیر، حمایت کننده و دلواپس می باشند.

والدین کنترل کننده (parent controlling) (والدین منتقد) از جمله افراد مستبد، قدر تمند، نیرومند، حمایت کننده، پایبند به اصول، مجازات کننده و درخواست کننده می باشند.

همزیستی (symbiosis) زمانی اتفاق می افتد که دو نفر یا تعداد بیشتری از افراد به گونه ای رفتار نمایند که گویی آنها یک شخص هستند.

### ماهیت انسان

عقیده برن در مورد ماهیت انسان، از مطالب گذشته او سرچشمه می گیرد «انسانها شاهزاده به دنیا می آیند، سپس والدینشان آنها را می بوسند و تبدیل به قورباغه می کنند.» (استینر ۱۹۷۴، صفحه ۲) این مطلب اشاره به نظر خوش بینانه برن نسبت به انسان و نظر بدبینانه او نسبت به والدین دارد. ضمناً بیانگر این عقیده برن نیز می باشد که تجربیات اولیه فرد شدیداً بر رفتار کنونی او اثر دارند. علی رغم توجه بدبینانه برن نسبت به والدین، او معتقد بود که فرد مسئولیت نهایی برای اخذ تصمیمات اساسی زندگی خود را دارا می باشد. برن نظر فروید را در مورد غریزه یا سائق قبول نداشت و معتقد به وجود نیازهای مختلف روانی یا «اشتیاق» بود. مهم ترین اشتیاقها عبارتند از «اشتیاق محرک»، «اشتیاق سازماندهی» و «اشتیاق جایگاه» است. برن ارضای این اشتیاقها را تا حدی برای بقای انسان لازم می داند و معتقد است که یادگیری های انسان برای بقا (ارضای این نیازها) بر تبادلات و ارتباطات اجتماعی و حتی بر دیدگاه اولیه انسان از زندگی، اثر می گذارد. (السون ۱۹۷۹)

اشتیاق محرک طبق نظر برن، تصدیق کردن، تحریک کردن (ضربه زدن در زبان تحلیل تبادلی TA) تنها مطبوع و پسندیده نیست بلکه برای زندگی کردن نیز لازم و ضروری است. گرچه که ضربه ها خود بتدریج منشی را به وجود می آورند که این منش بیشتر نمادین است تا فیزیکی، اما نیاز به ضربه ها در طول زندگی همچنان وجود دارد. ضربه، واحد اصلی تعامل اجتماعی است و ممکن است مثبت باشد (مانند بغل کردن، لبخند زدن، بیان موافقت)، و یا منفی باشد (مانند سیلی زدن، اخم کردن، بیان مخالفت). نیاز به ضربه بسیار

زیاد است به طوری که اگر فردی محروم از ضربه مثبت باشد در جستجوی ضربه منفی خواهد بود. ضربه‌ها ممکن است شرطی و یا غیر شرطی باشند. مشروط در برابر آنچه که انجام می‌دهید مثلاً امروز توقشنگ شدی» یا غیر مشروط نسبت به آنچه که هستی مثل «دوست دارم با تو باشم» هر يك از این ضربه‌ها ممکن است مثبت یا منفی باشند. خلاصه می‌توان گفت که ضربه‌ها از سطوح مختلف توانایی برخوردارند و گاهی بیشتر یا کمتر مثبت یا منفی می‌باشند. به عنوان مثال «سلام» ممکن است حامل يك ضربه مثبت باشد در حالی که «من ترا دوست دارم» حامل صد ضربه مثبت باشد «سلام» بالحنی بی تفاوت و بی علاقه، ممکن است يك ضربه منفی را با خود داشته باشد در حالی که كتك زدن شدید، ممکن است صد ضربه منفی را با خود همراه داشته باشد. (السون ۱۹۷۹، والام و براون ۱۹۷۹)

اشتیاق سازمان‌دهی (زمان) «بعد از سلام چه می‌گویی؟» (برن ۱۹۷۲) این سؤال یکی از روشهای برن است که با آن مشکل سازماندهی وقت را تشخیص می‌دهد، مثلاً می‌پرسد تو با بیست و چهار ساعت در روز چه می‌کنی؟ اشتیاق سازماندهی، همان اشتیاق محرك است که گسترش و توسعه یافته است و نشان می‌دهد که مردم چگونه از وقت خود استفاده می‌کنند تا بتوانند تعداد بیشتری ضربه را دریافت دارند. زمان می‌تواند به شش صورت سازماندهی شود.

محدود کننده‌ترین و بدون پاداش‌ترین روش برای سازماندهی زمان، گوشه‌گیری است. کسانی که زمان را اینچنین سازماندهی می‌کنند اهل ريسك نیستند. مخصوصاً ريسك ارتباط برقرار کردن با افراد. آیین‌ها، امن‌ترین و بی‌خطرترین شکل برای سازماندهی زمان است. زمانی که مردم آیین‌ها را رعایت می‌کنند، تبادلات اجتماعی آنها به گونه‌ای است، مثل اینکه دارند از روی چیزی می‌خوانند: «سلام، چطوری؟» «خوبم، تو چطوری؟» گرچه که آیین‌ها ضربه‌هایی را همراه خود دارند اما این ضربه‌ها آنقدر کم است که فردی که با آیین‌ها زندگی می‌کند مثل این است که دارد ضربه محرومیت و تنهایی را تجربه می‌نماید. زمانی که مردم بایکدیگر ارتباط متقابل دارند (نه اینکه بخواهند به هدفی برسند) و فقط «در مورد چیزی صحبت می‌کنند» به معنی این است که می‌خواهند وقت گذرانی کنند.

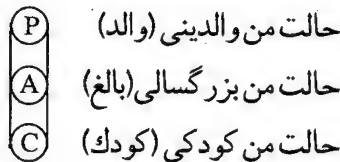
وقت گذرانی نسبت به آیین‌ها کمتر قابل پیش‌بینی است و فقط پاداش دهنده می‌باشد. وقت گذرانی‌های معمول شامل صحبت‌های بدون هدف است، مانند صحبت در مورد هوا، ورزش، بچه‌ها یا غذا. این گونه صحبت‌ها در صدد جابجایی ضربه‌ها هستند نه اینکه بخواهند در مورد موضوع خاصی صحبت کنند. فعالیت‌ها شامل هر نوع رفتار هدفدار است مانند رفتارهای مربوط به کار یا سرگرمی در بازی‌ها هیجان و نمایش جای امنیت و استفاده‌اندک از چهار گروه قبلی را می‌گیرد. بازی‌ها اساساً نادرست و همراه با تقلب هستند. زیرا اغلب انگیزه‌های پنهان دارند (که احتمالاً ناهوشیارند) نتیجه‌نهایی بازی جستجو برای پیدا کردن احساس منفی است مانند خشم، حسادت یا گناه. منظور ما از آنچه که گفته شد سازماندهی زمان است که عامل بازدارنده صمیمیت می‌باشد. صمیمیت ششمین روشی که برای سازماندهی وجود دارد هم بیشترین خطر و هم بیشترین پاداش را با خود همراه دارد. صمیمیت باعث می‌شود که احساسات، افکار و تجارب فرد در یک رابطه باز، درست و مطمئن بیان گردند. مشخصه صمیمیت مبادله مستقیم و خودبخودی ضربه‌ها در زمان حال است بدون اینکه انگیزه‌ای پنهان یا استثمار و یا اشکال مختلف سازماندهی زمان در آن دخالت داشته باشند.

**اشتیاق جایگاه** سومین نیاز یا سومین محرک مربوط است به نیاز فرد به تصمیم‌گیری‌های اساسی در زندگی که پیوسته مورد تأیید قرار گیرد. کودکان در حال رشد پیامهایی را از جانب بزرگسالان دریافت می‌کنند. «چه بچه بامزه‌ای هستی» یا «توپسر بدی هستی» در نتیجه آنها یاد می‌گیرند که خودشان را به عنوان «فردی که خوب است یا فردی که خوب نیست ارزیابی کنند و با این کار، ارزش درونی و ذاتی خود را برآورده کرده و تخمین می‌زنند. آنها زمانی که در مورد خود قضاوت می‌کنند نظمی را در دنیای گم‌گشته و اغلب آشفته خود به وجود می‌آورند. همچنانکه تماسهای اجتماعی آنها افزایش می‌یابد، قضاوت مشابهی را نیز در مورد دیگران می‌کنند. «تو خوب نیستی» یا «من خوب نیستم». این قضاوت در مورد خود و در مورد دیگران به هم آمیخته و جایگاه زندگی فرد را شکل می‌دهد. زمانی که جایگاه فرد انتخاب می‌شود فرد زمان و نوع ضربه‌هایی را که در جستجوی آن است سازماندهی کرده و آنها را بخوبی تعیین می‌کند. (السون ۱۹۷۹،

هریس ۱۹۶۹، والام و براون ۱۹۷۹)

### ساختار شخصیت

برن (۱۹۶۱) مانند فروید شخصیت را به سه بخش تقسیم کرد. اما برخلاف تقسیم‌بندی فروید سه بخش شخصیت برن همه حالت‌های «من» هستند. حالت من والدین (P) شامل نگرشها، افکار، احساسات و رفتارهاست که فرد از والدین و یا کسانی که تجسمی از والدین هستند جذب می‌کند. حالت من بزرگسال (A) داده‌پرداز است و مانند کامپیوتر اطلاعات را سازماندهی می‌کند، احتمالات را تخمین می‌زند و قیاسهای منطقی می‌کند. حالت من کودک (C) شامل احساسات، افکار و رفتارهاست که مختص کودکان و بزرگسالان خودانگیخته است. آنچه در بالا ذکر شد به عنوان تحلیل از نوع اول است. (والام و براون ۱۹۷۹)



شکل ۱-۴: سه حالت «من» فرد، (والام و براون ۱۹۷۹، صفحه ۹)

تحلیل نوع دوم هم شامل جنبه‌های ساختی و هم شامل کارکرد هر یک از حالت‌های من است. تحلیل ساختی به هر یک از حالت‌های من از دید تاریخ رشد و توسعه و همچنین ظرفیت ذاتی آن برای ابراز خود توجه می‌کند. تحلیل کارکردی، معرف این است که هر فرد چگونه از حالت‌های من خود در رابطه با خود و دیگران استفاده می‌کند.

تحلیل ساختی حالت من کودک کارکرد و واکنش‌های جسم یا بدن برای نوزاد تازه به دنیا آمده اهمیت برجسته‌ای دارد، بنابراین به علت الگوی رفتاری و احساسات مرتبط به بدن، ممکن است کودک را کودک جسمانی<sup>۱</sup> بنامیم. این بخش از من کودک از نیازها، خواست‌ها و احساسات مربوط به بدن سرچشمه می‌گیرد و در طول مدت زندگی به عنوان محرک اصلی عمل می‌کند و دارای خاطراتی از گذشته است. به این خاطرات در اصطلاح

تحلیل تبادل‌لی (TA) معمولاً نوار<sup>۱</sup> گفته می‌شود زیرا که می‌تواند در هر زمانی «به عقب نیز برگردد» بخش تفکر حالت من کودکی پروفیسور کوچک<sup>۲</sup> نامیده می‌شود. زیرا که این نوع تفکر به نوزادی که لب به سخن نگشوده اجازه می‌دهد که چگونگی احساسات دیگران را ادراک نماید و با مردم کنار بیاید پروفیسور کوچک، در طول زندگی فرد قابل دسترسی است گاهی کودک جسمانی، از واکنش منفی والدین نسبت به اظهار وجود خودانگیخته ناراحت می‌شود. در پاسخ به این احساسات پروفیسور کوچک ممکن است در صدد کشف این مطلب باشد که کدام احساس یا کدام رفتار مورد تأیید والدین می‌باشند این رفتارهای مورد تأیید یکپارچه شده و به صورت عملی جریان می‌یابد و آن را والدین در کودک<sup>۳</sup> می‌نامند زیرا که دارای بسیاری از ویژگی‌های والدین می‌باشند. (والام و براون ۱۹۷۹)

تحلیل کارکردی حالت من کودک کارکردهای من کودک اصولاً به دو صورت اصلی واضح و روشن است یعنی کودک آزاد یا طبیعی<sup>۴</sup> و کودک انطباق یافته<sup>۵</sup> کودک انطباق یافته، به گونه‌ای رفتار می‌کند که گویی والدین او را تحت نظر دارند و بنابراین بیش از کودک آزاد مهار شده است. هم کودک آزاد و هم کودک انطباق یافته ممکن است به صورت خلاق یا از طریق یک نوار کهنه<sup>۶</sup> و قدیمی واکنش نمایند. وجه تمایز رفتار خلاق و غیر خلاق آن است که آیا رفتار کودک برای انطباق با دیگران است یا خیر؟ (والام و براون ۱۹۷۹)

تحلیل ساختنی حالت من بزرگسال من بزرگسال اطلاعات را از منابع داخلی و خارجی جمع‌آوری، نگهداری و استفاده می‌کند و ضبط آنها اساساً واقعی است. این اطلاعات برای قضاوت واقعی و تخمین احتمالات مورد استفاده قرار می‌گیرد. معمولاً به من بزرگسال کامپیوتر گفته می‌شود زیرا که او داده‌ها را حساب کرده و به طور منطقی آنها را بدون هیچ احساسی می‌سنجد. من بزرگسال باید از طریق اطلاعات دقیق برنامه‌نویسی

- 
1. tapes
  2. little professor
  3. parent in the child
  4. free or natural child
  5. adapted child
  6. old tape

شود تا بتواند به طور مؤثر عمل نماید.

تحلیل کارکردی حالت من بزرگسال نظر به اینکه من بزرگسال مانند يك کامپیوتر احتمالات را تخمین می‌زند به نظر نمی‌رسد که کاملاً مستقل عمل نماید و تقریباً بر مبنای درخواست یکی از حالت‌های من کار می‌کند. بنابراین من بزرگسال نمی‌تواند کنترل اجتماعی داشته باشد (یعنی تصمیم‌گیری در مورد رفتار و انجام آن تصمیم) مگر آنکه من کودک نیز همکاری نماید.

تحلیل ساختی حالت من والدین «من والدین مجموعه‌ای از نوارهای افراد مهم هستند یعنی کسانی که روابط محکم و قوی با فرد دارند». (والام و براون ۱۹۷۹) والدین معمولاً بسیار مهم‌اند. بعد از آنها خواهران و برادران بزرگتر هستند بعد پدر بزرگ و مادر بزرگ، جانشین پدر یا مادر، آموزگاران، رهبران مذهبی و غیره دارای اهمیت می‌باشند. من والدین می‌تواند اطلاعات جدید را در هر سنی جذب و درون‌سازی کند اما به هر حال این من کودک است که تصمیم می‌گیرد چه چیز را «ضبط» نماید. این تصمیم کودک بر اساس سه ملاک اتخاذ می‌گردد:

الف. آسیب‌پذیری خود کودک.

ب. قدرت والدین.

ج. توانایی قبول والدین. (والام و براون ۱۹۷۹)

تحلیل کارکردی حالت من والدین یکی از مهم‌ترین کارهایی که والدین در مورد کودکان خود انجام می‌دهند این است که به آنها می‌آموزند که چگونه دنیا را ادراک کرده و در آن زندگی نمایند. از این رو حالت من والدین انباشته از عقاید، قضاوت‌ها ارزش‌ها و نگرش‌هاست (والام و براون ۱۹۷۹) من والدین دو نقش را بر عهده می‌گیرند: یکی من والدین تربیت‌کننده و دیگری من والدین کنترل‌کننده یا متعصب یا منتقد.

محاسن و معایب حالت من هر يك از حالات من دارای هر دو جنبه مثبت و منفی است. من کودک از طریق انرژی، خودانگیختگی، لذت و اظهاراتش مشخص می‌شود من کودک احساسات خوشایند و خوب خود را آشکار و صمیمیت، و عشق را تجربه می‌کند. من کودک همچنین غم و ترس را تجربه و اغلب احساس کوچکی و ضعیف بودن می‌کند.

حتی نیاز کنونی من کودک برای امنیت و دریافت «ضربه‌ها» اغلب منجر به انطباق‌ها و تصمیم‌گیری‌های اشتباه می‌گردد. من بزرگسال در مورد عقاید پیچیده و بغرنج فکر می‌کند، آنها را تحلیل می‌کند و می‌فهمد. اساسی‌ترین فعالیت من بزرگسال این است که به من کودک کمک نماید تا نیازها و خواست‌های خود را مرتفع نماید از طرف دیگر من بزرگسال نسبتاً ضعیف است و نمی‌تواند مستقیماً از گنجینه اطلاعات خود برای تأثیرگذاری بر رفتار و اعمال استفاده نماید. من والدین شامل نوارهای مفید در مورد چگونگی کار کردن و مواظبت کردن از کودکان و همچنین افراد دیگر است و اولین هدفش این است که از کودک حمایت و حفاظت نماید. متأسفانه نوار والدین ممکن است شامل اطلاعاتی نامناسب، کهنه و یا گاهی مضر نیز باشد که این اطلاعات به من کودک داده می‌شود. (الام و براون ۱۹۷۹)

### رشد شخصیت

نتیجه کار کرد شیوه‌های والدین برای پرورش کودک، رشد شخصیت است. شیوه‌های سالم والدین موجب می‌شود که کودک از خود و دیگران تصویر مثبتی داشته باشد. (من خوب هستم، تو خوب هستی) شیوه‌های منفی کودک را در جهت مخالف سوق می‌دهد. (من خوب هستم، تو خوب نیستی) نگرش همه کودکان در ابتدای زندگی‌شان بر اساس اعتماد است (من خوب هستم، تو خوب هستی). مهم‌ترین مهارت والدین این است که به کودکان خود کمک کنند تا این جایگاه را همچنان حفظ نمایند.

اگر والدین خودیابی<sup>۱</sup> و ابراز وجود را در کودکان تشویق نمایند، پیامهای ضبط شده در طول دوران نوزادی شامل تجربه‌های عاطفی و هیجانی نیز خواهند بود. آنوقت این نوارها در دوران نوجوانی و جوانی دوباره پخش می‌شوند بدون اینکه به استقلال و خودمختاری فرد آسیبی برسانند. در طول این مدت حالت من والدین فرد نیز رشد می‌یابد. والدین سالم که بر اساس من والدین تربیت کننده خود عمل می‌کنند خودانگیزگی مناسب و استقلال و خودمختاری را در کودکان خود تشویق می‌کنند و بنابراین راه را برای رشد

حالت من والدین تربیت کننده، در فرزندانشان باز می کنند. حالت من بزرگسال در اوایل نوجوانی به حداکثر رشد خود می رسد. والدین هیچ نوع تحمیل و فشاری به نوجوانان خود وارد نمی کنند. نوجوان آزاد است تا جایگاه خوب بودن را حفظ نماید آنوقت رشد شخصیت هنجار از طریق ابقای من خوب هستم، تو خوب هستی، طرح بازی آزاد، قابلیت نفوذ کافی در میان حالت های من مشخص می شود. بنابراین فرد می تواند از هر کدام در زمان مناسب استفاده کند.

### رشد رفتار ناسازگار

آنچه که ممکن است اختلالات هیجانی نامیده شود، حقیقتاً همان رفتارهای آموخته شده بر اساس تصمیم هایی است که در دوران اولیه زندگی گرفته شده است. آنها مشخص کننده اعتراض کودک به مصالحه بین نیازهای خود و خواست های والدین است. استینر (۱۹۷۴) الگوی ضعیف والدین را که منجر به رفتار ناسازگار در کودکان می گردد وجه مشخصه فرهنگ آمریکایی می داند. او پرورش کودک را یک نوع «آموزش اولیه و پایه» می نامد. زیرا که شبیه به تجربه سخت و خشن کسی است که وارد خدمت نظام شده است. والدین به کودکان خود در مورد نکات اولیه چگونگی کنار آمدن با زندگی آموزش می دهند. آنها این کار را از طریق یورش و حمله به استعدادها و توانایی های کودک برای تقلید، آگاهی و خودانگیختگی انجام می دهند. این همان فرایند انتقال از شاهزاده به قورباغه است.

ابزار مبارزه والدین در طول این آموزش اولیه یا پایه شامل ضربه های شرطی و منفی، تخفیف و بازداشتن است. زمانی که کودکان فقط ضربه های شرطی را دریافت می دارند (من لحن صدای تو را دوست ندارم) سعی می کنند تا خود را با شرایط موجود منطبق نمایند پس جستجو و بیان آزاد آنها محدود می شود. عبارتی آنها را مجبور می کند که از خواست های والدین خود پیروی نمایند. اثر این کار از بین رفتن جایگاه «من خوب هستم» و ظهور جایگاه «من خوب نیستم» است. ضربه های منفی بر روی تصمیم گیری های اولیه کودک نیز اثر زیان آوری دارد. اگر کودک ضربه های منفی ابتدایی را دریافت دارد ممکن است نتیجه بگیرد که این نوع ضربه ها تنها نوع ممکن و در دسترس است و بنابراین جایگاه «من خوب نیستم» و طرح زندگی خود را انتخاب می کند. که ادامه ضربه ها را نیز تضمین می نماید. (السون ۱۹۷۹)



هم ضربه زندهای شرطی و هم منفی، هر دو مضر هستند و به رشد سالم کودک آسیب زیادی وارد می‌آورند. اینها همان تخفیف دادن‌های والدین هستند. (به عنوان مثال نادیده گرفتن نیازهای کودک برای دریافت ضربه‌ها) تخفیف دادنهای شدید چهار حالت دارد که هر حالتی نیز احتمالاً سه ناحیه دارد. ناحیه خود، دیگران و موقعیت. (والام و براون ۱۹۷۹)

۱. تخفیف وجود مشکل. (نوزاد گریه می‌کند و والدین می‌روند که بخوابند.) این يك نوع تخفیف وجود مشکل و بیش از همه آسیب شناختی است. از آنجا که در سر راه آگاهی یافتن از محرکی که از جانب نوزاد به وجود آمده است مانع ایجاد گردیده است، دیگر نمی‌توان مشکل را تعریف و یا آنرا حل کرد.

۲. تخفیف اهمیت مشکل (نوزاد گریه می‌کند و والدین می‌گویند که این بچه همیشه در این وقت از روز، نق می‌زند.) تصدیق می‌شود که کودک و گریه وجود دارد اما موقعیت تخفیف یافته است. از آنجا که مشکل با اهمیت تلقی نمی‌گردد، والدین انرژی خود را صرف آن نمی‌کنند.

۳. تخفیف احتمال تغییر مشکل (نوزاد گریه می‌کند و والدین ادعا می‌کنند که هیچ راهی برای ارضای کودک وجود ندارد) والدین از مشکل آگاهی دارند. تصدیق می‌کنند که مشکل مهم است اما معتقدند که هیچ راه حلی وجود ندارد. آنها به دنبال شقوق مختلف برای رفتار با کودک نیستند و بنابراین مشکل کودک را تخفیف داده و از آنچه که هست کمتر می‌دانند.

۴. تخفیف توانایی‌های شخصی (نوزاد گریه می‌کند، والدین می‌دانند که مشکلی وجود دارد که می‌تواند حل شود و دیگران می‌توانند آن را حل کنند؛ اما خودشان را برای این کار ناتوان می‌بینند.) در این مثال، مثل این است که والدین خود را کمتر از آنچه که هستند می‌دانند و از فرد دیگری برای حل مشکل کمک می‌گیرند.

نوع دیگر رفتار مخرب والدین، استفاده از باز داشتن‌هاست. باز داشتن‌ها در واقع همان پیام «نفی» است که مستقیم و رک هستند (حتی پیامهای ضروری) مثلاً «به عنکبوت دست نزن» و یا ممکن است این پیامهای نفی دو گانه مبهم باشند مثلاً «بزرگ شو».

باز داشتن‌ها اغلب خشن و غیر منطقی همراه با تنبیه جسمانی و ترس می‌باشند.

ضربه‌های شرطی و منفی، تخفیف و باز داشتن‌ها از جانب والدین موجب تشکیل درون‌داد محیطی می‌شود و کودک را مجبور می‌کند که اصل خود را رها کند یعنی جایگاه «من خوب هستم، تو خوب هستی» را رها و بجای آن یکی از جایگاه‌های ناسازگار را جایگزین نمایند. زمانی که از کودک غفلت می‌شود و یا بشدت مورد بهره‌کشی قرار می‌گیرند به سوی جایگاه «من خوب هستم، تو خوب نیستی» گرایش می‌یابند. این جایگاه در واقع دفاع در مقابل احساس خطر ناشی از خوب نبودن است. این جایگاه يك جایگاه پارانوید نامیده می‌شود زیرا کسانی که در آن جایگاه هستند بشدت نسبت به دیگران بی‌اعتماد می‌باشند.

جایگاه افسرده ساز «من خوب نیستم، تو خوب هستی» در جامعه ما (آمریکا) بسیار شایع و رایج است. زمانی که نیازهای کودک برآورده نمی‌شود اغلب تصمیم می‌گیرند و فکر می‌کنند که این موضوع تقصیر خود آنهاست و به خود می‌گویند که «من که‌تر، بی‌کفایت، زشت و... هستم» انسانها در چنین جایگاهی افسردگی، ترس، گناه و بی‌اعتمادی نسبت به دیگران را تجربه می‌کنند.

سرانجام افراد در جایگاه «من خوب نیستم، تو خوب نیستی» تصمیم می‌گیرند و به این نتیجه می‌رسند که «هیچ کس خوب نیست» که جایگاهی پوچ و بی‌فایده است. زیرا زندانها، بیمارستانهای روانی و قبرستانها پر از کسانی است که در این جایگاه قرار دارند (والام و براون ۱۹۷۹)

قبول هر يك از این سه جایگاه فرد را به سوی استراتژی سازماندهی زمان برای بازی هدایت می‌کند. گرچه نیاز به بازی‌ها به وسیله اتخاذ جایگاه ناسالم زندگی به وجود می‌آید، بازی‌های خاصی را که فرد بازی می‌کند به وسیله والدین آموزش داده می‌شود. کودک یاد می‌گیرد که تنها تبادلات خاصی موجب تجمع ضربه‌ها می‌شوند و به احساساتی که مورد قبول والدین هستند اجازه بیان می‌دهد. در طول زمان این تبادلات ساده به صورت مهارتهای پیچیده‌تر و ماهرانه‌تری که بازی‌ها از آن درست می‌شود، توسعه و گسترش می‌یابد که اغلب ریشه در کوششهای قدیمی کودک-والدین دارند. مانند آداب غذا خوردن و توالت رفتن که در آنها هر دو طرف سعی دارند که دست بالا را بگیرند. بسته به این است که این

تبادلات چگونه مرتفع گردند و حل شوند، کودک ممکن است بیاموزد که به گونه‌ای بازی کند که او را به سوی احساس در ماندگی، عصبانیت و بی‌اعتمادی هدایت نماید. بتدریج این بازی در آورده‌ها، بخش عادی و معمول زندگی او می‌شوند و بعدها به این کار، عنوان راکت می‌دهند. اساساً این بازی‌ها برای پیشرفت و رشد طرح زندگی، طراحی می‌شوند تا جایگاه زندگی هر دو شرکت کننده را در بازی تأیید نمایند. در پایان، هم کودک و هم والدین برای ادامه بازی خود را به خطر انداخته‌اند.

شیوه‌های منفی والدینی در مشکلات مرزی حالات من مانند ناخالصی و محروم‌سازی دخالت دارند.

ناخالصی زمانی ایجاد می‌شود که مرزهای حالت من بشکند. بنابراین حالت من بزرگسال به وسیله حالت من کودک ناخالص می‌شود. ناخالصی من والدین زمانی به وجود می‌آید که فرد اطلاعات و تعصبات و شعارهای والدین را درست نفهمد و اشتباه کند. («زنها در رانندگی ضعیف هستند.») ناخالصی من کودک زمانی به وقوع می‌پیوندد که تجارب قدیمی را به غلط به عنوان واقعیت شایع و رایج بداند («عنکبوت ترسناک است.») ناخالصی مضاعف زمانی رخ می‌دهد که من بزرگسال به وسیله اعتقادات من والدین و تجارب من کودک به طور همزمان ناخالص می‌گردد. (والدین: «همه مردم شیطان هستند.») کودک: «احساس شیطان بودن می‌کنم.» بزرگسال: «من شیطان هستم.» که احتمالاً رایج‌ترین نوع ناخالصی است.

محروم‌سازی زمانی صورت می‌گیرد که یک یا دو حالت من بر رفتار فرد در طول زمان مسلط شود. وقتی که تنها یک حالت من بر رفتار مسلط می‌شود آن حالت من را «ثابت»<sup>۱</sup> می‌گویند. مثلاً حالت من والدین ثابت، ممکن است واعظ یا مستبد باشد. حالت من بزرگسال ثابت، به نظر می‌رسد که بی‌احساس باشد و حالت من کودک ثابت، فقط می‌خواهد که بازی کند و دیگران را مشغول نماید. از طرف دیگر بعضی از مردم تنها دو حالت من را به کار می‌برند و سومی را کنار می‌گذارند یا محروم می‌کنند. محروم‌سازی مطلق نیست و

درجه محروم سازی از زمانی به زمان دیگر فرق می کند.

بر اساس تصمیم زندگی در مورد جایگاه، مشکلات شخصیت که مربوط به کارکردهای حالت‌های من هستند محصول کیفیت و کمیت ضربه زدن و بازداشتن‌های والدین هستند علی‌رغم نفوذ قوی والدین بر کودکان، این کودکان هستند که تصمیم خود را بر اساس نگرشها، رفتارها و بازداشتن‌های واقعی یا خیالی والدین خود می گیرند. (السون ۱۹۷۹، والام و براون ۱۹۷۹)

### نظریه مشاوره

#### دلیل تغییر

مراجع آنچه را که قبلاً تصمیم گرفته ممکن است مورد تجدید نظر قرار دهد، اما چه چیزی ممکن است او را برای تغییر به قبول ریسک رهنمون سازد. (والام و براون ۱۹۷۹، صفحه ۱۷۱) انگیزش و ایمنی عوامل اصلی و مهم تغییر هستند. انگیزش ریشه در سه منبع دارد:

اول. نارضایتی از رفتار، افکار و احساسات کنونی.

دوم. آرزوی رفتار، فکر و احساس متفاوت.

سوم. تلاش و جستجو برای ضربه‌ها.

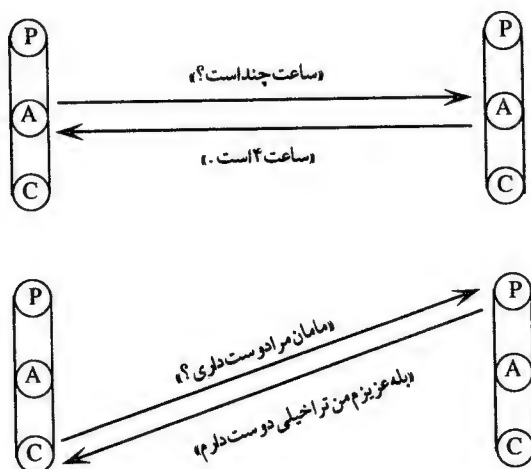
حس ایمنی به وسیله آگاهی از قدرت شخص، توانایی مقابله با استرس، قابلیت تفکر عاقلانه و دسترسی به اطلاعات مورد نیاز و حدود اختیارات به وجود می آید. هریس (۱۹۶۹) به سه نوع احتمال دیگر اشاره می کند (۱) آزار و صدمه کافی، (۲) بیزاری و (۳) تشخیص ناگهانی که تغییر را ممکن می سازد.

#### فرایند مشاوره

مرحله ۱: تحلیل ساختی      مرحله نخستین کاملاً آموزشی است. به مراجعان آموخته می شود که حالات من خود را شناسایی کرده و از محتویات و کارکردهای آن مطلع شوند این مطالب همچنین در قالب مفاهیم آموخته می شوند و مراجعان تشویق می گردند تا ادبیات مربوط را مطالعه و در کارگاه و کلاسهای TA شرکت کنند. در طول جلسه مشاوره،

مشاور اغلب از شیوه‌های دیداری، شنیداری برای تسهیل یادگیری مراجع استفاده می‌کند. برای رهایی مراجعان از سلطه مقررات و باز داشتن‌های والدین مشاور به مراجع اجازه می‌دهد تا حالت‌های من‌رایان نموده و اظهار نماید. این کار را می‌توان از طریق اقتباس تکنیک‌های دیگر رویکردها نیز تسهیل نمود مانند تکنیک صندلی خالی گشتالت. (السون ۱۹۷۹)

مرحله ۲: تحلیل تبادلی مرحله دوم تقریباً مانند مرحله اول آموزشی نیست اما محور و اساس بینش است. وظیفه اصلی مشاور تعلیم دادن مراجعان از انواع فرم‌های تبادلی



شکل ۲-۴. تبادلات مکمل. (والام و براون ۱۹۷۹)

و کمک به آنها برای درک تبادلات خودشان با دیگران است. (السون ۱۹۷۹) سه نوع تبادل وجود دارد: تبادل مکمل<sup>۱</sup> تبادل متناظر<sup>۲</sup> و تبادل نهان<sup>۳</sup>.

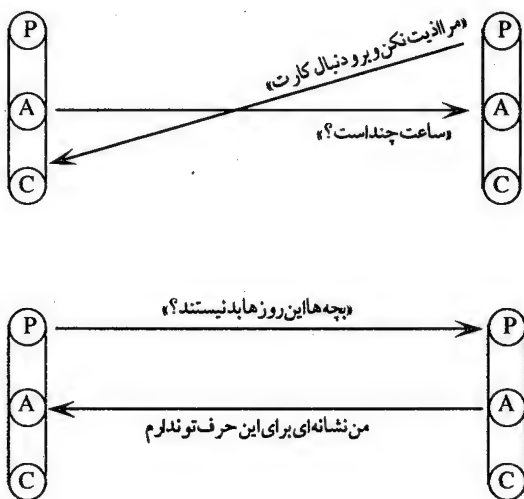
تبادلات مکمل می‌توانند بین هر یک از حالات من، اتفاق بیفتند اما این تبادلات باید همیشه دو ملاک را در نظر داشته باشند: یکی اینکه پاسخ باید از همان حالت منی بیاید که انگیزش به سوی آن معطوف شده و پاسخ باید متقابلاً معطوف به همان حالت من شود که

1. complementary
2. crossed
3. ulterior

تبادل را آغاز کرده. اولین قانون ارتباطات این است، زمانی که تبادلات به صورت مکمل هستند ارتباطات به صورت نامحدود ادامه یابند. (والام و براون ۱۹۷۹، صفحه ۶۶)

تبادلات متناظر زمانی روی می دهد که يك يا دو ملاك تبادلات مکمل از بین رفته و نقض شده باشد. هر نوع توقف در ارتباطات (آه کشیدن، آب دهان قورت دادن، من من کردن) ممکن است نشانه دهنده تبادلات متناظر باشند. همه تبادلات متناظر ظریف و لطیف نیستند در واقع بعضی از آنها کاملاً خشن می باشند. قانون دوم ارتباطات این است که وقتی تبادل از نوع متناظر است توقف.... در ارتباطات به وجود می آید و شاید هم با مطلبی متفاوت ارتباط ادامه یابد. (والام و براون ۱۹۷۹، صفحه ۶۶)

تبادلات نهان، دو پیام دارند (یکی اجتماعی و دیگری روانشناختی) و دو نوع حالت من دارند چه در مورد آغاز کننده و چه پاسخ دهنده و یا هر دو آنها یکی از دو فرم را انتخاب می کنند. (زاویه ای<sup>۱</sup> و دو قسمتی<sup>۲</sup>). تبادل زاویه ای زمانی صورت می گیرد که فرستنده پیام



شکل ۳-۴. تبادلات متناظر. (والام و براون ۱۹۷۹، صفحه ۶۷)

1. angular
2. duplex

متفاوتی را در پاسخ به هر يك از دو حالت من می‌فرستند. تبادلات دو قسمتی مشمول هر دو حالت من یعنی فرستنده و گیرنده است. در هر دو مورد يك نوع بازی مخفی و پنهان در جریان است در مورد تبادلات زاویه‌ای تنها فرستنده پیام از بازی آگاه است. اما در مورد تبادلات دو قسمتی هم فرستنده و هم گیرنده از پیام مخفی آگاه هستند. سومین قانون ارتباطات می‌گوید: نتیجه تبادلات در سطح روانشناختی بهتر مشخص می‌شود تا در سطح اجتماعی. (والام و براون ۱۹۷۹، صفحه ۷۱)

مرحله ۳: تحلیل بازی زمانی که افراد در دو سطح به صورت همزمان ارتباط برقرار می‌کنند و نتیجه این تبادلات نیز راکتها باشند، آنوقت می‌توان گفت که این افراد دارند «بازی» می‌کنند. بازیکن یکی از سه جایگاه از مثلث نمایشی کارپمن را انتخاب می‌کند: آزار دهنده<sup>۱</sup>، نجات دهنده<sup>۲</sup> و قربانی<sup>۳</sup>. والام و براون به پنج روش متفاوت برای درک پویایی بازی‌ها اشاره می‌کنند. (۱۹۷۹، صفحه ۱۲۶):

۱. تحلیل رسمی بازی - تحلیل «فوائد» مختلف يك بازی.
۲. مثلث نمایشی - تمرکز کردن بر راکت و جایگاههای بازی.
۳. نمودار بازی تبادلی - تشخیص حالت‌های من شامل تأکید بر سطح روانشناختی ارتباطات.
۴. نمودار همزیستی - تمرکز بر روی شناسایی حالت من غالب هر بازیکن.
۵. فرمول G - جریان بازی را تشریح می‌کند یعنی طرح ریزی مراحل مختلف بعد از شروع بازی.

مرحله ۴: تحلیل طرح تحلیل طرح شامل کاوش در مورد جزئیات تصمیماتی که مراجع درباره جایگاه زندگی خود می‌گیرد. اگر چه این تصمیمات در کودکی اتخاذ می‌شوند. اما می‌توانند از طرق مختلف به آنها پی ببریم مانند فهرست طرح<sup>۴</sup> (برن ۱۹۷۲)، تحلیل افسانه‌ها (کارپمن ۱۹۶۸)، نگارش شرح زندگی

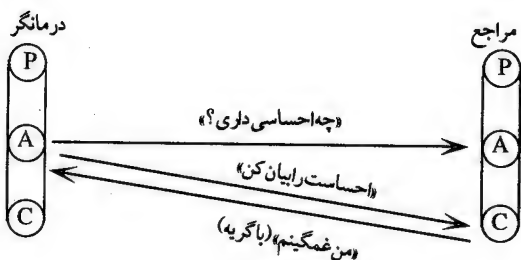
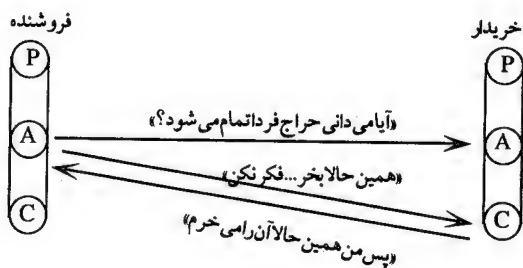
---

1. persecutor

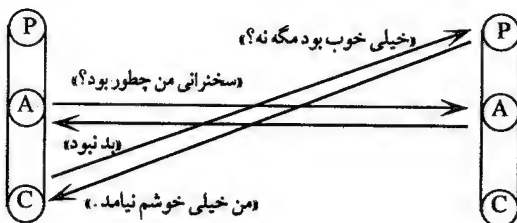
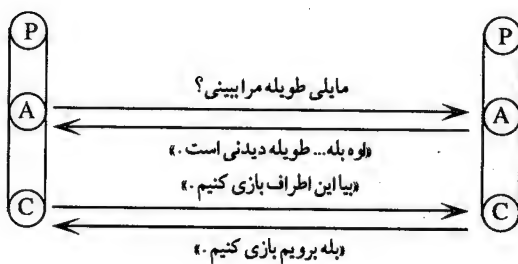
2. victim

3. rescuer

4. script checklist



شکل ۴-۴. تبادلات زلویه ای. (والام و براون ۱۹۷۹، صفحه ۷۰)



شکل ۴-۵. تبادلات دو قسمتی. (والام و براون ۱۹۷۹، صفحه ۷۱)



به وسیله خود فرد (جیمز و جانگوارد ۱۹۷۱) مراجعان از طریق تحلیل، قادر خواهند بود تاجاییگاه زندگی خود را درك کنند و تصمیم‌های جدیدی در رابطه با تنظیم طرح‌های زندگی خود اتخاذ نمایند تصمیمات جدید، براساس درك جدید است که باعث می‌شود آنها دیگر نیازی به بازی‌ها و دیگر رفتارهای بر علیه خود نداشته باشند. این تصمیمات جدید فرد را به سوی خودمختاری، خودانگیختگی و صمیمیت هدایت می‌کند.

### اهداف مشاوره

اهداف مشاوره در زبان ویژه تحلیل تبادلی (TA) بیان شده است. مانند «طلاق گرفتن دوستانه از والدین فرد» (برن ۱۹۶۴). «بازندگان را برنده کردن» (جیمز و جانگوارد ۱۹۷۱). «هورباغه را به شاهزاده تبدیل کردن» (برن ۱۹۷۲). این اصطلاحات غیرمستقیم در جهت و براساس اهداف جهانی TA است یعنی کمک به مراجعان برای دستیابی به خودمختاری (برن ۱۹۶۴) به عقیده TA خودمختاری از طریق آگاهی (درك، واقع‌گرایانه از جهان) خودانگیختگی (توانایی بیان احساسات به شیوه بازی آزاد بدون قید و بند) و صمیمیت (استعداد عشق ورزیدن و نزدیک شدن به دیگران) مشخص می‌شود. (السون ۱۹۷۹، صفحه ۲۸۶)

### آموزش مشاور

انجمن بین‌المللی تحلیل تبادلی (ITAA) دارای سه نوع عضویت است تحت عنوان: «عضویت علاقه‌مندان» که در آن هیچ کار بالینی وجود ندارد. عضویت نوع دوم شامل سه بخش فرعی است که با عضویت بالینی آغاز می‌شود که تقریباً معادل درجه کارشناسی ارشد است. برای آنکه فرد عضو بالینی این انجمن شود باید:

الف. عضو اتحادیه باشد.

ب. برنامه آموزشی را که کمتر از يك سال نباشد گذرانده باشد که این برنامه شامل پنجاه ساعت آموزش پیشرفته TA، پنجاه ساعت نظارت مستقیم بر خدمات بالینی، صد و پنجاه ساعت انجام کار بالینی و شرکت در سمینارهای مختلف تحلیل تبادلی. ج. حق عضویت را پرداخت کند.

نوع سوم، عضویت مدرس بالینی است. برای گرفتن گواهی به عنوان يك مدرس داوطلب باید:

الف. عضو بالینی باشد.

ب. برنامه آموزشی (که کمتر از دو سال نباشد) را با همکاری سه عضو تعلیم دهنده دیگر به عهده گرفته باشد.

ج. دارای درجه کارشناسی ارشد در یکی از تخصص‌های درمانی، یا شش سال تجربه تمام وقت در این زمینه باشد.

د. حق عضویت و مخارج را بپردازد.

### کارکرد مشاور

از آنجا که هدف اصلی مشاور تحلیل تبادل خودمختاری مراجع است که تنها با تعریف کردن اصطلاح نمی‌توان بدان دست یافت. بلکه وظیفه اصلی مشاور تحلیل تبادل، این است که به مراجعان آموزش مهارتهایی را می‌دهد که آنها را به سوی خودمختاری هدایت می‌کند. این مهارتها شامل تحلیل ساختاری، تحلیل تبادل، تحلیل بازی و تحلیل طرح می‌باشند. که همه این مهارتها، درون داد مورد نیاز را برای تصمیم‌گیری‌های جدید، به مراجع می‌دهد.

### تمرین مشاوره

#### تکنیک‌های عمده

در تحلیل تبادل تنها روش مهم نیست بلکه قرارداد یکی از مهم‌ترین عوامل می‌باشد. «قرارداد، يك توافق بین مشاور و مراجع است که اهداف، مراحل و شرایط درمان را مشخص می‌کند.» (والام و براون ۱۹۷۹، صفحه ۲۲۱) مراجعان از طریق يك سری قراردادهاست که کار می‌کنند. این قراردادها اهداف مرتبط یا اهدافی را که بآسانی قابل حصول می‌باشند، را طراحی کرده و به مراجع اطمینان می‌دهد. در درمان پیچیده‌تر، قرارداد بر اساس یادگیری‌های خود مراجع تنظیم می‌شود.

برن در سال ۱۹۶۶ تکنیک‌ها یا روشهای درمانی را در هشت طبقه گنجانده است.

چهار نوع اول مداخلات<sup>۱</sup> ساده هستند و چهار تای بعد را، برن «وساطت»<sup>۲</sup> می نامد زیرا که این چهار تای دوم سعی دارند تا من بزرگسال را متعادل نگه دارند. این کار از طریق قرار دادن چیزی بین حالت من بزرگسال و من والدین یا من کودک صورت می گیرد. (پاترسون ۱۹۸۰، صفحات ۴۱۰-۴۰۸)

از طریق پرس و جو کردن<sup>۳</sup> درمانگر به اطلاعات مرتبط دست می یابد. البته موضوع مهم این است که درمانگر نباید زیاد پرس و جو کند زیرا که این کار می تواند باعث شود که مراجع بازی «تاریخ روانپزشکی» را تکرار نماید.

مشخص کردن<sup>۴</sup>: درمانگر کوشش می کند تا از طریق ذکر مشخصات به مراجع کمک نماید تا در خصوص گفته‌های خود احساس مسئولیت کند. درمانگر افکاری را که مراجع در ارتباطات خود بیان داشته است، تکرار می کند.

درمانگر، مواجهه کردن<sup>۵</sup> رازمانی به کار می برد که لازم است به ناهمسانی اشاره شود. این کار به مراجع کمک می کند تا تفاوتها و ناهمخوانی‌ها را شناسایی کرده و جلو خود را برای بازی احمقانه بگیرد.

مشاوران تحلیل تبادلی، تبیین کردن<sup>۶</sup> را وقتی که مراجع به حالت من بزرگسال خود اجازه گوش دادن می دهد به کار می برند. این کار زمانی مؤثر است که مراجع در روبرو شدن با واقعیت آسیب پذیر باشد.

درمانگر از طریق توضیح دادن<sup>۷</sup>، مثالهای معنی داری می زند تا به مراجع کمک کند تا درک جدیدی را به دست آورد.

تأیید کردن<sup>۸</sup> رازمانی به کار می برد که مراجع به مواجهه‌ای که صورت گرفته اشاره می کند و آن را قبول دارد. اگر من بزرگسال مراجع به اندازه‌ای قوی باشد که بتواند جلو من

---

1. intervention

2. interposition

3. Interrogation

4. Specification

5. confrontation

6. explanation

7. illustration

8. confirmation

والدین را برای تأیید در مقابل من کودک بگیرد آنوقت تقویت درمانگر مؤثر واقع خواهد شد.

تعبیر و تفسیر کردن<sup>۱</sup> زمانی به کار می‌رود که کار درمانگر کشف و رفع پیامهای من کودک بیمارگون باشد. تحریف‌ها باید تصحیح شوند و به مراجع باید کمک شود تا حافظه و ادراک خود را از تجربیات گذشته شناسایی نماید.

فرم دادن<sup>۲</sup> وقتی صورت می‌گیرد که درمانگر جایگاه مراجع را به صورت جایگاه من بزرگسال با من بزرگسال روشن می‌کند. این بدان معنی است که مراجع می‌تواند بدون نیاز به بازی‌ها به صورت طبیعی رفتار کند اگر من کودک و من بزرگسال هماهنگ و سازگار باشند آنوقت من کودک فرم دادن را قبول می‌کند. اگر من والدین جلورشد من کودک را به سوی سلامتی بگیرد آنوقت درمانگر با این مقاومت مقابله می‌کند.

### پارامترهای درمان

تحلیل تبدلی معمولاً در گروه به کار گرفته می‌شود اما برن گاهی نیز آن را به صورت انفرادی با مراجعان خود به کار برده است. اعضای گروه هشت نفر است که هفته‌ای یک بار به مدت دو ساعت همدیگر را ملاقات می‌کنند. جلسه سر ساعت شروع و طبق برنامه نیز تمام می‌شود. اعضای گروه بر روی صندلی می‌نشینند به گونه‌ای که بتوانند دیگر اعضای گروه را به طور کامل ببینند. (هالند ۱۹۷۳)

### مورد پژوهی

متن زیر خلاصه جلسه مشاوره گروهی تحلیل تبدلی است. در این بخش تمرکز بر باب<sup>۳</sup> است. اعضای گروه از مشکلات کاری خود شکایت دارند. باب قراردادی می‌بندد که هدف اصلی آن بهبود وضعیت کاری خودش است. او موافقت کرد که کتاب هریس<sup>۴</sup> را قبل از ملحق شدن به گروه بخواند. (السون ۱۹۷۹، صفحات ۲۹۲-۲۹۰) مراجع = باب،

1. interpretation

2. crystalization

3. Bob

4. Harris

مراجع ۲ = مولی، مراجع ۳ = جیم، مراجع ۴ = سارا.

مراجع ۱: او دوباره همان کار را با من کرد. گزارش را آنقدر دیر به من داد که نتوانستم کاری با آن بکنم. البته من سرزنش شدم.

مراجع ۲: باب، آیا این درست همان اتفاقی نیست که در محل کار قبلیت قبل از انتقال به شغل جدید روی داد؟ تو هفته گذشته در این مورد صحبت کردی.

مراجع ۱: نه نه برعکس بود. بجای اینکه رئیس قبلی کارهای غیر ممکن را از من بخواهد، از همه امتیازهای من استفاده می کرد. باور کردنی نبود. من همه هوش و حواسم را برای آن زن گذاشتم و هرگز کلمه‌ای تشکر آمیز از او نشنیدم همه فکر می کردند که کارش عالی است و او هم کاری کرد که همه باور کنند که کارها را او انجام می دهد. بدون شك او از من برای ارتقاء و پیشرفت کارش سواری گرفت. اگر قرار بود کسی ارتقا بگیرد، این من بودم.

مراجع ۲: آیا این درست همان چیزی نیست که در حال حاضر دارد با رئیس کنونی اتفاق می افتد؟

مراجع ۱: نه به هیچوجه. رئیس همیشه کارهای زیادی به من می دهد که وقت انجام دادنش را ندارم. هیچ کس نمی تواند کارهایی را که او می خواهد انجام دهد. باور نمی کنم که من همیشه در رابطه با رؤسا بازنده هستم.

مراجع ۲: فکر نمی کنی که باید کاری در رابطه با نحوه رفتار رؤسایت بکنی؟

مراجع ۱: نمی دانم چطور... من واقعاً سعی خود را کرده‌ام. راستی منظور چیست؟

مراجع ۲: خوب. تو ممکن است ندانی که خودت را چگونه در محل کارت خراب می کنی و تو مسئولیت آن را به عهده نمی گیری تو به نظر می رسد که رؤسایت را برای زجرهایی که کشیدی سرزنش می کنی.

مراجع ۱: احمقانه است، اگر آدم، گیر رؤسای افتضاح بیفتد کاری نمی تواند بکند... من سعی خودم را می کنم به علاوه اگر به خاطر آنها نبود موفقیت کاریم بهتر بود.

مراجع ۲: خوب من مطمئن نیستم...

مراجع ۳: صبر کن ببینم مولی<sup>۱</sup> تو واقعاً داری موضوع را کش می دهی مگه نه؟ آنقدر برای باب سخت نگیر؛ به علاوه او تازه وارد گروه شده است.

مشاور: اجازه بدهید همینجا حرفتان را قطع کنم. باب در حال حاضر کدام حالت من، در مورد تو فعال است؟

مراجع ۱: «کودك»... فکر می کنم.

مشاور: درست. مولی و جیم چطور؟

مراجع ۱: خوب. در مورد جیم مطمئناً حالت من والدین. در مورد مولی مطمئن نیستم.

مشاور: آیا او عینی رفتار می کند؟ آیا بیشتر می خواهد اطلاعات بگیرد؟

مراجع ۱: بله فکر می کنم.

مشاور: و این کدام حالت من است؟

مراجع ۱: بزرگسال.

مشاور: درست است. حالا مایلم نگاهی به تغییرات روی نوار ویدئو بیندازم و ببینم آیا در اینجا «والدین» وجود دارند؟ (مشاور نوار ویدئویی تبادلات قبلی را نگاه می کند).

مشاور: هر کس چیزی را برداشت می کند؟

مراجع ۴: من با مولی موافقم. فکر می کنم که باب سعی دارد که برای مشکلات کاری خود بهانه بتراشد.

مشاور: سارا می توانی همین را مستقیماً به باب بگویی؟

مراجع ۴: باب، به نظرم می رسد که در رابطه با رئیست از مسئولیت فرار می کنی از میان آنچه که هفته گذشته گفتی و آنچه که امروز شنیدم تقریباً به نظر می رسد که نمی خواهی در کارت موفق باشی. بنابراین در کارت خرابکاری می کنی و رؤسایت را سرزنش می کنی.

مشاور: خوب بود سارا. باب این حرف بر روی تو چه اثری داشت؟

مراجع ۱: تصور می کنم درست باشد. باید بگویم که اگر ترقی و پیشرفت نکنم راحت تر هستم.

مشاور: مسئولیت اضافی ترسناک بود... ها؟

مراجع ۱: بله مطمئناً.

مشاور: باب، می‌خواهم بدانم آیا تو می‌توانی انواع مختلف بازی مانند «اگر به خاطر تو نبود» را بازی کنی؟ به علاوه تو قبلاً در رابطه با رؤسایت همین بازی را کردی و اساساً مشخص شد که تو به خاطر عدم پیشرفت در کارت ریست را سرزنش می‌کنی و از حرفهایی که به همسرت زدی به نظر می‌رسد که این بازی مورد علاقه تو باشد تمبرهایی را که تو در این بازی جمع‌آوری کرده‌ای اطمینان مجدد و تنفر است. تو، به خودت می‌گویی «موضوع این نیست که من شایستگی و لیاقت ندارم بلکه او مرا عقب نگاه می‌دارد». من می‌گویم خوب است که رؤسایت سختگیر هستند.

مراجع ۱: او در آن حقیقتی وجود دارد.

مشاور: باب، از گفته‌های والدین چیزی به یاد داری؟

مراجع ۱: «خوب پدرم کمی بعد از به دنیا آمدنم از دنیا رفت. بنابراین هرگز او را نشناختم. به نظر می‌رسید که مادرم احساس می‌کرد من برایش يك دردسر و مزاحم هستم. به یاد می‌آورم که او همیشه در پیدا کردن يك پرستار برای نگهداری من مشکل داشت و همیشه به دفعات از این موضوع شکایت می‌کرد.

مشاور: چگونه شکایت می‌کرد؟

مراجع ۱: (با خنده) او می‌گفت: «اگر به خاطر تو نبود، شبها بیرون می‌رفتم».

مشاور: او الگوی با نفوذی برای تو بود. این طور نیست؟

مراجع ۱: بله تصور می‌کنم که او بود... اما می‌دانی واقعاً من هرگز باور نمی‌کنم که در این صورت او بیرون می‌رفت. او دوستان زیادی نداشت.

مشاور: آیا او به نظر می‌رسید که از مناسبات اجتماعی می‌ترسد؟

مراجع ۱: فکر می‌کنم... او به من اجازه نمی‌داد که دوستانم را به خانه بیاورم.

مشاور: بنابراین او از تو، به عنوان بهانه‌ای استفاده می‌کرد تا از تماس‌های اجتماعی دوری کند.

مراجع ۱: این طور به نظر می‌رسد. این طور نیست؟

مشاور: و شما دارید همان کار را در محل کارتان می‌کنید... رئیس‌ت را به خاطر عقب نگاهداشتن تو، سرزنش می‌کنی. اما خوشحالی که تو مجبور نیستی که برای مسئولیت بیشتر داشتن ریسک کنی.

مراجع ۱: بله... حدس می‌زنم درست است.

مشاور: باب، من می‌خواهم به تو اجازه بدهم که ریسک کنی و سعی خود را در محل کارت بکنی و دیگر بازی «اگر به خاطر او نبود» را تکرار نکنی.

در هفته‌های بعد باب توانست الگوی تکراری رفتار خود را در تبادلات با رئیسش ببیند. او در شناسایی «خالات من» خود و دیگران ماهر شده بود و قادر بود که بازی‌هایی را که می‌کند قطع کرده و از من «بزرگسال» خود بیشتر استفاده کند.

### کاربرد

گرچه هالند در سال ۱۹۷۳ اظهار داشت که تحلیل تبادلی (TA) کاربردهای ملی و بین‌المللی دارد اما بیشترین سودمندی واقع گرایانه آن، در رابطه با مشکلات افراد است. براساس نظر هالند تحلیل تبادلی به مشکلات مربوط به زناشویی و خانوادگی، بزهکاری و رفتار جنایی، عقب‌ماندگی ذهنی، الکلیسم و اسکیزوفرنی بخوبی توجه می‌کند. ارزش و اهمیت تحلیل تبادلی در فراهم آوردن بینش جدید و رویکردهای درمانی جدید، برای این نوع مشکلات است. در نوشته‌های سالهای اخیر توجه زیادی به نظریه تحلیل تبادلی شده است و آن را با هر چیز و هر کسی از بچه کوچک گرفته تا رئیس، پیوند و ارتباط داده‌اند به هر حال استینر می‌پرسید. آیا نظریه تحلیل تبادلی یک نوع درمان نیز هست؟

### نقد

#### پشتوانه پژوهشی

برن (۱۹۶۶) نتایج بعضی از مطالعات اخیر را گزارش داد. از سپتامبر ۱۹۵۴ تا سپتامبر ۱۹۵۶، هفتاد و پنج مراجع مورد درمان قرار گرفتند، بیست و سه نفر از آنها



پیش‌روان‌پریش<sup>۱</sup>، روان‌پریش یا پس‌روان‌پریش<sup>۲</sup> بودند. البته از میان این بیست و سه نفر، دو نفر (۱۰٪) در درمان شکست خوردند، سه نفر (۱۲٪) تغییر کم یا هیچ تغییر را نشان ندادند و هجده نفر (۷۸٪) پیشرفت درمان داشته‌اند. از چهل و دو مراجع دیگر هیچ‌یک شکست نخوردند، چهارده نفر (۳۳٪) تغییر کلی و یا هیچ تغییری را نشان ندادند و بیست و هشت نفر (۶۷٪) پیشرفت داشته‌اند. از سال ۱۹۵۶ تا ۱۹۶۰ در حدود صد نفر تجربه خوبی از درمان داشته‌اند (حداقل در طی هفت هفته متوالی). در حدود بیست نفر از مراجعان بشدت آشفته شدند اما در بیشتر موارد درمان پایان یافت و این در حالی بود که مراجعان، خانواده‌شان و مشاور احساس خوبی در این مورد داشته‌اند. برن با نظر مساعدی همه این نتایج را با دیگر رویکردها مقایسه کرد.

تاکنون هیچ نوع مطالعات پژوهشی تجربی و عینی از تحلیل تبدلی صورت نگرفته و تنها مطالعات موردی در این خصوص وجود داشته است. کتاب راهنمای جامع تحلیل تبدلی والام و براون در سال ۱۹۷۹ کلمه پژوهش را در فهرست خود لیست، نکرده است.

### ارزیابی

سیستم برن بسیار پیچیده است و تسلط داشتن به آن مشکل می‌باشد. دو مطلب به‌خاطر شهرت و محبوبیت فراوان TA مبهم مانده است. تشریح زیبایی این مکتب با کلمات عامیانه مردم کوچه و بازار باعث محبوبیت بسیار وسیع این رویکرد شده است و هواداران تعلیم نیافته خود را گمراه کرده تا خیال کنند که این یک شیوه ارتباطی ساده است. در حالی که این طور نیست، علاقه برن به یک زبان متنوع و استفاده مکرر او از اسطوره‌ها و استعاره‌ها، راه را برای سوءاستفاده از برداشت‌هایش به وسیله کسانی که تعلیم دیده نبودند، باز کرد. اگرچه برن ادعا می‌کرد که فرهنگ تحلیل تبدلی در اصل فقط دارای پنج کلمه است (والدین، بزرگسال، کودک، بازی و طرح) اما کتاب اصول گروه درمانی دارای فرهنگی مشتمل بر صد و بیست و هفت واژه تحلیل تبدلی است و حدود صد عبارت فهرست شده

1. prepsychotic

2. postpsychotic

در بخش «بعد از سلام چه می گویی» دارد. گرچه که ممکن است تحلیل تبادلی ادعا کند که هیچ واژه فنی ندارد (هرچند درست نیست) اما در واقع فرهنگ وسیعی از اصطلاحات دست و پا شکسته و بی معنی دارد. که مورد استفاده قرار می دهد.

گرچه که زبان برن زبانی منحصر بفرد است (لااقل در بین نظامهای روان درمانی) اما من مفاهیم جدید کمی در آن می یابم. خواه من والدین، من بزرگسال و من کودک حالات «من» فرد باشند، آنها همان هدفی را دنبال می کنند که فر خود، خود و نهاد فروید دنبال می کنند. هرچند که طرح زندگی برن از شیوه زندگی آدلر متفاوت است اما کار یکسانی را انجام می دهند. این گفته بدان معنی نیست که مفاهیم برن معتبر و مفید نیستند بلکه فقط منظور این است که آنها نو و منحصر بفرد نیستند. بنابر گفته پاترسون<sup>۱</sup> شواهدی در دست نیست که تحلیل تبادلی مؤثرتر یا کارآمدتر از انواع دیگر درمان باشد. به نظر می رسد که برن یک درمانگر مؤثری است اما راهی وجود ندارد که بگوییم که مؤثر بودن او به خاطر نظریه اش بوده است. (۱۹۸۰)

پس از خود پیرسیم که تحلیل تبادلی چه مشارکتهایی داشته است؟ مردم معمولاً زمانی که بتوانند رفتار خود را بر اساس یک سیستم یا منطقی صرف نظر از معتبر بودن آن سیستم توجیه کنند، احساس خوبی خواهند داشت. تحلیل تبادلی در واقع به مردم مفاهیم و واژه هایی را که بسادگی می توان به خاطر سپرد، یاد می دهد که آنها بتوانند رفتار خود را توجیه کنند و بدان وسیله احساس امنیت نمایند.



## درمان منطقی - هیجانی

وقتی که انجمن راهنمایی و نیروی انسانی آمریکا در سال ۱۹۷۷ در دالاس تشکیل جلسه داد یکی از سخنرانان مهم آن جلسه آلبرت الیس<sup>۱</sup> بود. تصور کنید يك سالن سخنرانی گرد و بسیار بزرگ که چندین هزار مشاور آن را پر کرده و همگی با چشمان باز به صحنه خیره شده بودند و آرام در انتظار بودند. پرده بالا رفت و صحنه غارمانندی را آشکار ساخت. از سمت چپ صحنه يك نفر وارد شد: سقراط! مردی بالبخندی ملیح و کله‌ای بزرگ. اگر لباس آبی رنگ مخصوص کار او نبود، دقیقاً شبیه سقراط می‌نمود. مانشسته بودیم، همچنان در انتظار صدای شیرین و ملیح او. او دهانش را برای سخن گفتن باز کرد، اما ناگهان تمام آن صحنه تبدیل به گوشه‌ای از خیابان نیویورک شد؛ صدا، صدای يك راننده تاکسی بود که بخاطر ترافیک داد و فریاد می‌کرد پنج دقیقه طول کشید تا این شوک را هضم کنیم و به همین صورت کمی طول کشید تا معنی کلمات او را درک نماییم. اهالی جنوب به چنین زبانی عادت نداشتند... حدود پانصد نفر مخاطب يك سخنرانی جذاب و اساسی،

درباره درمان منطقی-هیجانی بودیم. آلبرت ایس به جنبه‌های بسیاری اشاره نمود که همه آن مطالب منحصر بفرد بود.

## تحول تاریخی

### زمینه شخصی

آلبرت ایس در ۲۷ سپتامبر ۱۹۱۳ در پیتسبورگ<sup>۱</sup> به دنیا آمد. او در سال ۱۹۳۴ از سیتی کالج<sup>۲</sup> نیویورک موفق به اخذ درجه کارشناسی (B.A) شد و کارشناسی ارشد و دکترای خود را در سالهای ۱۹۴۳ و ۱۹۴۷ از دانشگاه کلمبیا<sup>۳</sup> دریافت نمود. او بعد از کارهایی از جمله نویسندگی و مدیریت یک اداره (۱۹۴۸-۱۹۳۸) به عنوان روان شناس بالینی ارشد در بیمارستان ایالتی نیوجرسی در گریستون پارک<sup>۴</sup> آغاز به کار کرد و در همان حال نیز استاد روان شناسی در دانشگاه راتگرز<sup>۵</sup> بود. در سال ۱۹۴۹ او عهده دار پست ریاست روان شناسان مرکز تشخیص ایالت نیوجرسی در «پارک منلو»<sup>۶</sup> شد. همزمان با این انتصابات، ایس از سال ۱۹۴۳ در گیر کارهای تخصصی روان درمانی و مشاور خانواده به صورت خصوصی بود. در طول این مدت، او به روانکاوی علاقه مند شد و در این زمینه آموزش دید و به مدت سه سال نیز خود مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. علاوه بر این، او طی چند سال روانکاوی کلاسیک و روان درمانی، روانکاوی را به کار برد.

در نیمه دهه ۱۹۵۰، او شروع به کنار کشیدن از روانکاوی نمود و تأکید خود را بر درمان منطقی-هیجانی (RET) تازه کشف شده استوار نمود. در سال ۱۹۵۸ او مؤسسه «زندگی معقول» و در سال ۱۹۶۸ مؤسسه «مطالعه پیشرفته روان درمانی معقول» را تأسیس نمود. ایس نویسنده پرکاری است که کتابهای مشهوری در مورد سکس و دیگر موارد

1. Pittsburg
2. City College
3. Columbia University
4. Greystone Park
5. Rutgers University
6. Menlo park

نوشته و به صورت علمی، جنسیت و همجنس گرایی را مورد تحقیق قرار داده است. او همچنین کارهای زیادی برای معرفی، توضیح و دفاع از نظریه خود یعنی منطقی-هیجانی (RET) انجام داده است. (بلکین<sup>۱</sup>، ۱۹۸۰، الیس ۱۹۷۹)

### زمینه نظری

ریشه نظریه الیس به فلاسفه رواقی برمی گردد. (ca. A.D.500) مخصوصاً به اپیکتتوس<sup>۲</sup>: «اشیا باعث اختلال انسانها نمی شوند بلکه نظری که انسانها نسبت به آن اشیا دارند باعث این اختلال می گردد.» (کتاب کوچک). نام شکسپیر<sup>۳</sup> در شجره نامه منطقی-هیجانی وجود دارد: «هیچ چیز خوب یا بد وجود ندارد بلکه فکر کردن آن را خوب یا بد می کند» (هاملت)<sup>۴</sup>. آلفرد آدلر (۱۹۶۴، صفحه ۷۰) منادی اخیر این نظریه می گوید: «فرد... خود را با جهان خارج به صورت از پیش تصمیم گیری شده ای مرتبط نمی سازد بلکه ارتباط او بر اساس تفسیر او از خودش و مشکلات کنونی اش صورت می گیرد.»

در ابتدا الیس تصور می کرد که وظیفه او ارائه اطلاعات در مورد واقعیت ها به مراجعانش است. اما بزودی دریافت که بسیاری از مراجعانش به چیزهایی بیش از اطلاعات عینی احتیاج دارند. او روانکاو را به عنوان وسیله ای برای تأمین آن نیازها مورد آزمایش قرار داد. او چندین سال روانکاو را تجربه کرد، اما هم از خود نظریه و هم از تجربه کار با روانکاو ناراضی بود. او سپس از روانکاو کلاسیک به رویکرد «روانکاو جدید» یا «نوفرویدیسم» روی آورد و سپس متوجه نظریه یادگیری شد و در تمام مدت درمانگری بود، که فعالتر و رهنمودی تر کار می کرد. ظهور رویکرد منطقی او از حدود سال ۱۹۵۱ آغاز شد.

الیس بر اساس مطالعات خود در مورد فلاسفه باستان و نیز از طریق تجربیات با بیماران قانع شده بود که مردم به این دلیل بر رفتار غیر عقلانی و غیر منطقی خود پافشاری

1. Belkin

2. Epictetus

3. Shakespeare

4. Hamlet

می‌کنند که مستمر آبه خود تلقین می‌کنند که باید آنگونه رفتار کنند. نتیجه منطقی الیس این بود که در درمان باید مردم را متقاعد کرد تا تلقین افکار قدیمی و غیر منطقی را به خود متوقف کنند و به آنها یاد داد که در باره خود و جهان فکر کنند. درمان منطقی-هیجانی از این دیدگاهها متولد شد.

## نظریه شخصیت

### تعریف واژه‌ها

RET یا درمان منطقی-هیجانی فاقد واژه‌های بی‌معنی و مبهم است و دارای ساختارها و واژه‌های منحصر بفرد و کاملاً تعریف شده‌ای می‌باشد. در واقع این طور به نظر می‌رسد که این نظریه دو واژه دارد.

۱- جبری (musturbating)، وقتی انسان به خود می‌گوید باید<sup>۱</sup>، بایست<sup>۲</sup>، می‌بایستی<sup>۳</sup> که کاری را انجام بدهد یا انجام ندهد، به اعتقاد الیس او در يك حالت اجبار قرار گرفته است. او این گرایشها را با عنوان ایدئولوژی جبری طبقه‌بندی می‌کند.

۲- منطقی (rational)، واژه منطقی به صورت مطلق یا متعصبانه تعریف نمی‌شود؛ مردم بر اساس انتخاب ارزشها، مقاصد و اهداف مختلف زندگی می‌کنند. وقتی که این ارزشها را انتخاب کردند، آنوقت چنانچه فکر، احساس و عمل آنها به گونه‌ای باشد که بدانها کمک نماید تا به اهدافشان برسند و بر اساس ارزشهایشان زندگی نمایند، آنوقت منطقی عمل کرده‌اند، اما چنانچه فکر، احساس و عمل آنها مخالف با اهداف و ارزشهایشان باشد، غیر منطقی بوده‌اند.

### ماهیت انسان

الیس (۱۹۷۹) فرضیات متعددی در باره ماهیت انسان دارد که بیشتر عقیده شخصی اوست تا اینکه از درمان منطقی-هیجانی حمایتی کرده باشد.

---

1. must  
2. should  
3. ought

۱. انسان فقط انسان است نه فرشته و نه شیطان و نه حیوانی لال و گنگ. او دارای محدودیتهای فیزیکی و یاروانی است که ممکن است تا حدودی بر آن فائق بیاید. اما بسیار بعید به نظر می رسد که بتواند از محدوده بشری بودن خود فراتر رفته و به حالات برتری از هوشیاری یا وجود دست یابد.
۲. تا آنجا که تاکنون معلوم شده است تمام انسانها فانی هستند (همه ما می میریم) و هیچ نشانی از حیات و زندگی پس از مرگ وجود ندارد. (این عبارات تنها بیان علمی دانشمندان در باره عدم وجود شواهد تجربی در این مورد است و لزوماً يك بیانیة الاحادی نیست).
۳. هدف اصلی زندگی برای اغلب انسانها بقا و زندگی نسبتاً شاد (بلون درد) است. اهداف دیگری نیز می توانند انتخاب شوند اما انسان از نظر بیولوژیکی تمایل به بقا و شادمانی دارد.
۴. شادمانی یا خوشگذرانی انتخابی درست و معتبر است. اما انتخاب اهداف بلند مدت به نظر عاقلانه تر از انتخاب اهداف کوتاه مدت است و انتخاب عاقلانه تری تلقی می گردند. از طرف دیگر فرضیاتی در باره ماهیت انسان وجود دارد که بوضوح به نظریه و کار درمان منطقی - هیجانی (RET) کمک می کند. (الیس ۱۹۷۹)
۵. رفتار انسان تا حدودی بر اساس نیروهای بیولوژیکی و اجتماعی تعیین و مشخص می شود. درمان منطقی - هیجانی به نوعی جبرگرایی خفیف معتقد می باشد. انسان فشارهای شدیدی را تجربه می کند که می تواند (البته با مشکلات زیادی) در برابر آنها مقاومت کند. اما در عین حال دارای يك عنصر قوی اراده آزاد نیز می باشد. که از طریق آن می تواند کنترل کند.
۶. درمان منطقی - هیجانی در این میان يك موضع گیری اگزستانسیالیستی (وجودنگری) دارد. اینکه مردم به طور کلی دنیای خود را خلق می کنند و گرایش دارند به اینکه آن دنیاها را به صورت پدیداری و ذهنی نگاه کنند.
۷. وقتی انسانها متولد می شوند، در درون خود دارای گرایشهای متناقضی هستند گرایش شدیدی دارند به اینکه منطقی باشند و ارضا شوند. اما در عین حال به سمت کارهای



غیر منطقی کشیده می‌شوند و رشد خود را عقیم می‌کنند.

۸. یکی از قوی‌ترین گرایشهای درونی انسان این است که از خانواده و دوستان نزدیک و فرهنگ تأثیر بپذیرد.

۹. تمام انسانهای معمولی فکر می‌کنند، احساس می‌کنند و عمل می‌کنند و افکار آنها عمیقاً احساسات یا رفتارهای آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و یا آن افکار و احساسات را به وجود می‌آورد. بر همین اساس احساسات نیز بر افکار و رفتارها اثر می‌گذارند و رفتارها نیز بر افکار و احساسات.

۱۰. درمان منطقی - هیجانی عقیده دارد که در واقع همه اختلالات جدی هیجانی ناشی از وقایع یا تجربیات نیست بلکه ناشی از دید و نگرشی است که مردم از خود دارند.

### ساختار شخصیت

درمان منطقی - هیجانی غرایز لیبیدویی را به عنوان عاملی برای توجیه رفتار انسان قبول ندارد و به ناهوشیار انسان به تعبیر فروید و یونگ معتقد نیست. بلکه معتقد است که ما انسانها نسبت به بسیاری از احساسات یا افکارمان ناآگاه هستیم.

### رشد شخصیت

درمان منطقی - هیجانی معتقد است که فرد عادی بر اساس تمایلات، آرزوها و رجحانهای شخصی خود رشد می‌کند. بنابر این هر انسانی متفاوت از دیگری است. اما از طرف دیگر ما انسانها به مقدار قابل ملاحظه‌ای در بسیاری از موارد شبیه به یکدیگر هستیم؛ ما همه می‌خوریم، می‌خواهیم، حرکت می‌کنیم، نفس می‌کشیم و بزرگ می‌شویم.

بیشتر رشد و نموهای طبیعی توأم با نظم انجام می‌شود، اما بسیاری از نظریه پردازان معتقدند که بندرت رشد عادی به صورت مراحل پشت سر هم صورت می‌گیرد. مراحل روانی جنسی فروید به نظر می‌رسد که اغلب فرافکنی ترسها و تمایلات مربوط به خود او باشند تا پدیده‌های مشاهده شده عینی. دیگر مطالب فروید نیز غالباً کلی گویی هستند. درمان منطقی - هیجانی به این چنین نظریه‌های رشد اعتقاد ندارد و به نظر الیس نیز هرگز نباید این گونه فکر کرد. (الیس ۱۹۷۹) او به درمان منطقی - هیجانی به عنوان عاملی که بر رشد مجدد خود تأکید می‌کند، نگاه کرده و اظهار می‌دارد که بین نظریه شخصیت و نظریه

تغییر شخصیت، رابطه کمی وجود دارد.

### رشد رفتار ناسازگار

ما اطلاعات زیادی در باره ریشه رشد رفتار ناسازگار نداریم. بعلاوه نظریه‌های موجود که يك يا دو واقعه خاصی نظیر عقده ادیپ، ضربه تولد و درد اولیه را مورد تأکید قرار می‌دهند، آن مقدار کمی راهم که می‌دانیم مبهم می‌کنند. الیس شواهد کمی دال بر وجود این وقایع (ضربه تولد و...) و شواهد کمتری مبنی بر اهمیت آنها پیدا کرده است. به اعتقاد بارد<sup>۱</sup>، درمان منطقی - هیجانی معتقد است که آسیب شناسی روانی از طرق زیر مشخص می‌شود. (۱۹۸۰، صفحه ۲۳):

۱. تکرار اعمالی که زندگی لذت بخش را کوتاه نماید (نظیر بهره کشی از جسم از طریق استفاده از مواد مخدر، سیگار و غیره).

۲. تکرار اعمالی که ایجاد ناراحتی و درد غیر ضروری و ناگهانی بنماید (نظیر به وجود آمدن اضطراب در زمانی که هیچ خطر واقعی وجود نداشته باشد).

۳. شکست در ایجاد ظرفیت های فطری جهت ارضای نیازهای مختلف که به خاطر عدم ارضای آنها شخص دچار ملال، رکود و یا نارضایتی مکرر می‌گردد.

۴. مشغولیت بالذتهای کوتاه مدتی که به بهای از دست دادن ارضای بلندمدت به دست آمده باشد.

۵. الگوی اجتناب از فرصتهایی که موجب به دست آوردن اطلاعات و افزایش توان فرد جهت هر چه بیشتر لذت بردن در آینده می‌شود.

درمان منطقی - هیجانی تأکید خود را بر آسیب شناسی می‌گذارد تا سبب شناسی. اما مطالعه دقیق چند منبع نشان دهنده وجود افکار منظمی در این مورد است. به عقیده الیس تقریباً همه انسانها دارای يك تمایل فطری برای ایجاد آشفتگی در خود می‌باشند. برخی آسیب پذیرتر از دیگرانند، اما همه بدون آنکه لازم باشد تا حدودی خود را ناراحت می‌کنند. بسیاری از مردم علاوه بر ایجاد آشفتگی مستمر خود را با ایده های غیر منطقی تبلیغ

می‌کنند. ایلس در سال ۱۹۶۲ در ابتدا یازده فکر غیر منطقی را لیست کرد؛ اما اخیراً ایلس و گریگر<sup>۱</sup> بیست و هفت فکر غیر منطقی را تحت سه عنوان ایدئولوژی جبری گروه‌بندی کردند. نمونه‌های مختصر زیر، تصویری از آنها به دست می‌دهد. (صفحات ۱۲-۱۴):

### ایدئولوژی جبری (۱)

من باید خوب عمل کنم و برای عملکردم تأیید بگیرم. در غیر این صورت به عنوان فردی نالایق تلقی می‌شوم.

الف. من باید تقریباً همیشه و از همه کسانی که مهم می‌دانم، عشق و تأیید صمیمانه‌ای دریافت کنم.

ب. من باید خود را کاملاً لایق، با کفایت و موفق به دیگران بشناسانم و یا لاقط در انجام کارهای مهم، لیاقت و شایستگی واقعی داشته باشم.

### ایدئولوژی جبری (۲)

دیگران باید با ملاحظه و مهربانی با من رفتار کنند. درست به همان صورتی که دلم می‌خواهد آنها با من رفتار کنند و اگر این کار را نکنند، جامعه و دنیا باید آنها را به خاطر بی‌توجهی‌شان به سختی سرزنش، لعنت و یا تنبیه کند.

اگر رفتارشان حماقت‌آمیز و نادرست باشد، انسانهای احمق به تمام معنا هستند که باید از خود شرم‌منده شوند.

### ایدئولوژی جبری (۳)

شرایطی که در آن زندگی می‌کنم باید به گونه‌ای باشد که عملاً بتوانم هر آنچه را که می‌خواهم براحتم، بسرعت و آسانی به دست بیاورم و در واقع چیزی را که نمی‌خواهم برآیم اتفاق نیفتد.

الف. من باید راه‌های کامل، عملی و صحیحی برای مشکلات خود و دیگران پیدا کنم؛ اگر نکنم نتیجه‌اش بدبختی و وحشت خواهد بود.

ب. مردم و وقایع بیرونی عملاً منشأ همه ناخوشی‌های من هستند و مرا به صورت

يك قربانی درمأنده اضطراب، ناامیدی، بی کفایتی و خصومت درمی آورند مگر آنکه این شرایط و مردم تغییر یابند و به من اجازه دهند تا این احساس پریشانی را متوقف کنم.

### آشفته شدن از آشفتگی ها

از آنجا که انسانها مخلوقات خود آگاهی هستند لذا اختلالات و پریشانی های خود را مشاهده می کنند و همین مشاهده آنها را دوباره پریشان و مختل می کند. اختلال و پریشانی اول اهمیت بیشتری دارد و ایجاد آشفتگی بیشتری می کند. کار غیر عادی اول (آشفتگی اول) معمولاً به نوعی خاتمه می یابد و محدود به مجموعه ای از شرایط است اما عوارض بعدی (آشفتگی دوم) غالباً فراگیر می شود و ممکن است تمام زندگی فرد را مختل سازد. بالاخره مردم حتی با دیدی روشن از مشکلات باز هم به سختی می توانند رفتار خود را تغییر دهند زیرا عمل غیر عادی آنها بر يك گرایش فطری استوار می باشد. (الیس ۱۹۷۹)

بنابراین براساس درمان منطقی - هیجانی (البته بدون هر گونه تعصب) علل واقعی اختلالات بشری در دو ویژگی منحصر به فرد انسان نهفته است:

الف. رغبت عمومی به کج فکر کردن، احساسات نادرست از خود نشان دادن و بد عمل کردن.

ب. گرایشهای خاص فرد به رفتارهایی که موجب شکست او می شوند.

الیس (۱۹۷۹) اصرار داشت که هر دوی این ویژگی ها بیولوژیکی هستند (فطری). او اثرات این تمایلات را با نظریه A-B-C نشان داد.

### نظریه A-B-C

درمان منطقی - هیجانی، اعتقاد دارد که در واقع همه مشکلات جدی هیجانی انسان مستقیماً ناشی از افکار جادویی، تخیلی و از نظر تجربی فاقد اعتبار است... بر طبق نظریه درمان منطقی - هیجانی مهم نیست که چه مقدار در وراثت فرد نقص وجود داشته باشد و یا تجربیات او از ضربه های اولیه و یا بعدی زندگی چگونه باشد، علت اصلی که او اکنون واکنش بیشتر یا کمتری نسبت به محرک آزرنده نشان می دهد... این است که او اکنون دارای عقاید متعصب، غیر منطقی و تجربه نشده ای است. (الیس ۱۹۷۳، صفحه ۱۷۲)

به عنوان مثال در نقطه A چیزی روی می‌دهد (یک رویداد فعال کننده)<sup>۱</sup> شما را از یک کار خوب اخراج می‌کنند. واکنش شما در مورد اخراج این است که احساس افسردگی می‌کنید، نسبت به رئیس خودتان عصبانی و خشمگین می‌شوید، در خانه و یا جایی وقت را به بطالت می‌گذرانید و دنبال کاری نمی‌روید. (پیامدهای هیجانی<sup>۲</sup> و رفتاری-نقطه C) اخراج شدن از کار (نقطه A) پیامدهای هیجانی و رفتاری را به وجود می‌آورد. (نقطه C). درست است؟ خیر غلط است! C پیامدهای هیجانی و رفتاری ناشی از A یعنی رویداد فعال کننده نیست، بلکه ناشی از B یعنی باورها و اعتقادات غیر منطقی<sup>۳</sup> شما در مورد آن رویداد است. باورهای غیر منطقی بر اساس «ایدئولوژی جبری» شما استوار است. به عنوان مثال شما ممکن است به خودتان بگویید. «من باید آن شغل را به دست آورم». یا «من باید شغل خوبی داشته باشم تا به خودم احترام بگذارم». اگر شما به خودتان گفته بودید که «من آن شغل را دوست دارم. کاش اخراج نمی‌شدم». شما بدون شک با گفتن این حرف پیامدهای هیجانی را تجربه می‌کردید اما این پیامدها از نوع پریشان کننده و تضعیف کننده نخواهند بود.

## نظریه مشاوره

### دلیل تغییر

بر اساس مطلب بالا نتیجه می‌گیریم که درمان منطقی-هیجانی (RET) معتقد است که تغییر در رفتار بر اساس تغییر در افکار است و این کار از طریق حرکت از غیر منطقی بودن به سوی منطقی بودن صورت می‌گیرد. الیس به مشارکت فروید، آدلر، راجرز و دیگران در درک ماهیت انسان اعتراف داشت، اما معتقد نبود که رویکردهای آنها مشکلات مربوط به ماهیت انسان را حل می‌کنند. او همچنین به مشارکت رفتارگرایان به عنوان کسانی که تغییر از غیر منطقی را به منطقی تسهیل نموده‌اند، معترف بود. اما منطق تغییر فقط این است: یاد بگیریم که منطقی فکر کنیم.

1. Activating Event

2. Irrational Belief

3. Emotional and Behavioral Consequences

در بسیاری از اوقات درمان منطقی - هیجانی توجه زیادی به معرفت و شناخت دارد. که بر فرضهای متعددی استوار است (الیس ۱۹۷۹):

۱. انسانها از طریق فکر کردن، احساسات خود را به وجود آورده و یا خلق می کنند

(و برعکس). زمانی که این احساسات یا هیجانات مختل می شوند، از طریق بررسی

بحث و تلوین مجدد افکاری که پشت این احساسات یا هیجانات قرار دارند،

می توانند تغییر یابند.

۲. فلسفه باورها و اعتقادات مردم در مورد تجاربشان، اثر عمیق تری بر احساسات و رفتار

آنها خواهد داشت تا خود تجارب. بنابراین روان درمانی موثر کوشش دارد که به

مراجعه خود کمک نماید تا اعتقادات و باورهای غیر منطقی خود را تغییر دهند.

۳. مردم غالباً از طریق انتظارات خود از آنچه که باید اتفاق بیفتد و یا دیگران باید چگونه با

آنها برخورد نمایند، اختلالات خود را می آفرینند. زمانی که از این خواست های

غیر هیجانی صرف نظر می شود، رفتارها نیز به سمت خوب بودن تغییر می یابند.

۴. مردم آشفته انگیزه ها، استدلالها و علت های منفی خود را به دیگران و به رویدادهای

خارجی نسبت می دهند. زمانی که این مردم ویژگی های خود را تغییر دهند غالباً

احساس بهتری خواهند داشت و بهتر عمل خواهند کرد.

۵. مردم آشفته و ناراحت، خودشان را بجای عملکردشان ارزیابی می کنند و غالباً نیز خود

را منفی ارزیابی می کنند. زمانی که به آنها آموخته می شود که دیگر خود را ارزیابی

نکنند آنوقت اختلال آنها به نحو چشمگیری کاهش می یابد.

۶. بالاخره زمانی که به مردم آموخته می شود تا ایده آل های جبری و باورهای غیر منطقی

خود را رها کنند، آنوقت زندگی آنها راضی کننده تر خواهد بود.

### فرایند مشاوره

کار مشاور درمان منطقی - هیجانی این است که به مراجعه خود کمک نماید تا خود را

از افکار غیر منطقی و نامعقول رها کرده و افکار منطقی و معقول را جایگزین آنها نمایند. این

فرایند از طریق غیر معقول و غیر منطقی نشان دادن این افکار به مراجع شروع می شود.

الیس (۱۹۷۳) آن را «بینش شماره ۱» نامگذاری می کند. و وقتی به وجود می آید که مراجع

تشخیص می‌دهد که اختلال کنونی او علت‌های قبلی دارد که آن علت‌های قبلی، همان نگرشها و باورهای نامعقول خودش می‌باشد، و نه رویدادهای گذشته یا حال.

دومین مرحله در این فرایند (بینش شماره ۲) شامل متقاعد کردن مراجعان است. اینکه آنها اختلال خود را از طریق تلقین مجدد همان افکار نامعقول به خودشان حفظ و نگهداری می‌کنند. در مرحله سوم (بینش شماره ۳) مراجعان به سوی تصدیق کامل این مطلب هدایت می‌شوند که تنها راه‌هایی از اختلالات این است که با نظام باورهای خود مبارزه کنند و از طریق مبارزه و چالش به يك نظام جدید و عاقلانه دست یابند. (الیس ۱۹۷۳)

آخرین مرحله با گرایشهای نامعقول خاصی سروکار دارد و يك فلسفه زندگی را به مراجع پیشنهاد می‌کند تا از آن طریق از به وجود آمدن افکار نامعقول بیشتر جلوگیری نماید. نتیجه‌ای را که مشاور درمان منطقی-هیجانی مایل است که بدان دست یابد، این است که مراجع از طریق تغییر باورهای نامعقول به باورهای معقول به سوی يك زندگی عاقلانه حرکت کند. چنانچه این کار صورت گیرد، آنوقت رفتارهای مثبتی بر شکست خود و بر علیه خود ناپدید شده و اختلالات هیجانی کاهش می‌یابد. (پاترسون ۱۹۸۰)

### اهداف مشاوره

گاهی به نظر می‌رسد که درمان منطقی-هیجانی «ضد هیجان» باشد. در حالی که برعکس این دیدگاه هیجان را برای زندگی بشر ضروری می‌داند. مردم بدون داشتن احساسات قوی مطمئناً خوشحال نخواهند بود و احتمالاً باقی نخواهند ماند. درمان منطقی-هیجانی سعی دارد که احساسات نامناسب را از مراجعان خود بگیرد. مانند اضطراب، افسردگی، ناامیدی و خصومت. بعلاوه مشاوران این مکتب به مراجعان خود کمک می‌کنند تا به اهداف خاصی دست یابند. (الیس ۱۹۷۹)

**مسئولیت**      مسئولیت داشتن در زندگی؛ مردمان سالم مشکلات خود را می‌توانند حل کنند. گرچه ممکن است به کمک دیگران نیز احتیاج داشته باشند اما بدون کمک آنها ناراحت نمی‌شوند. آنها قادرند زندگی خود را اداره نمایند. آنها می‌توانند در عین حال که از حال خود با خبر هستند، از حال دیگران نیز آگاه باشند.

**تحمل دیگران**      مراجعانی که بدون داشتن اختلال هیجانی خوب عمل می‌کنند،

اجازه اشتباه کردن را به دیگران می دهند. آنها مردم را به خاطر اینکه ساز دیگری می زنند، محکوم نمی کنند بلکه آنها می توانند رفتار و اعمال مردم را دوست نداشته باشند بدون اینکه به خاطر آن رفتار آنها را ذلیل و پست کنند.

**قبول خود** افرادی که ثبات هیجانی دارند قادرند آنچه که هستند را قبول کرده و بپذیرند. ارزشی که آنها به خودشان می دهند به عوامل خارجی و یا به عقاید دیگران بستگی ندارد. آنها با خودشان راحت هستند. در نتیجه، این نوع طرز فکر، آنها شجاعت ریسک کردن را دارند.

**بازویی پرده بودن** افراد سالم از تغییر استقبال می کنند. آنها می توانند از روشهای علمی به صورت عینی برای کشف زندگی استفاده کنند. آنها برای تعبیر و تفسیر خود و روابط میان فردی و درون فردی از قوانین منطقی استفاده می کنند.

**تعهد** کسانی که اختلالی ندارند و پریشان نیستند و گرایش به خودشکوفایی دارند به مردم و اشیا علاقه مندند. آنها می توانند کوششهای خود را تغییر جهت داده و جذب امور دیگر شوند.

**قبول تغییر** افراد بالیده با بلاتکلیفی و اتفاقات با آرامش و ملایمت برخورد می کنند. آنها می دانند که دنیا نمی تواند به آنها اطمینان و یقین بدهد. امور مطلق و قطعی وجود ندارد آنها انتظار ندارند که انسانها فارغ از ناکامی و ناخوشی باشند. بنابراین یکی از اهداف درمان منطقی - هیجانی این است که مراجعان را به سوی درک این مطلب هدایت نماید که آنها به خاطر اینکه از نظر روانی سالم باشند مجبور نیستند که در یک دنیای عالی و کامل زندگی کنند.

### آموزش مشاور

درمان منطقی - هیجانی علاوه بر کارگاههای معمول کوتاه مدت و مختصر و برنامه های نمایش تجربی جلسات حرفه ای، پنج مرحله آموزش را از طریق موسسه - درمان منطقی هیجانی پیشنهاد می کند. (الیس ۱۹۸۲)

۱. گواهینامه مقدماتی می تواند به یکی از دو طریق زیر به دست آید:

الف. گذراندن يك دوره کار عملی پنج روزه مخصوص گواهینامه مقدماتی.



ب. گذراندن چهار دوره کارگاه يك روزه و پنج جلسه زیر نظر يك سرپرست. داوطلبانی که هر يك از این دو دوره فوق را انتخاب می‌کنند می‌بایست کتب معینی را نیز مطالعه کنند و امتحانات شفاهی و کتبی را بگذرانند. دوره گواهینامه مقدماتی برای استفاده روان‌شناسان، مشاوران، مددکاران، پزشکان، پرستاران و دانشجویان تمام وقت کارشناسی ارشد و دکترای می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. داوطلبان برای اخذ این گواهینامه باید حداقل دارای درجه کارشناسی ارشد در روان‌شناسی یا مشاوره باشند.

۲. دوره گواهینامه متوسطه برای آن دسته از دارندگان گواهینامه مقدماتی که نمی‌خواهند در دوره دستیاری شرکت کنند و یا واجد شرایط آن نیستند، يك دوره آموزش ارائه می‌دهد. داوطلبان مطالبی در مورد اصول درمان منطقی-هیجانی، مبانی نظری و کاربردهای بالینی این مکتب در خلال جلسات متعدد فرامی‌گیرند. ویژگی این دوره این است که درمان منطقی-هیجانی با نظارت يك سرپرست و از بین موارد رجایی به خود شرکت کننده، صورت می‌گیرد. داوطلبان باید برنامه‌های زیر را بگذرانند:

الف. گذراندن چهار کارگاه آموزشی علاوه بر کارگاه‌های مربوط به گواهینامه مقدماتی

ب. گذراندن هشت ساعت درمان نظارت شده توسط یکی از اساتید مؤسسه آموزشی

که این علاوه بر دوره‌های مربوط به گواهینامه مقدماتی است ج. گذراندن يك دوره پنج روزه دستیاری.

۳. دوره دستیاری به دست‌اندرکاران این حرفه امکان می‌دهد تا روشهای بیشتری را درباره درمان منطقی-هیجانی و رفتار شناختی یاد بگیرند. روان‌شناسان رسمی، پزشکان، پرستاران رسمی، مددکاران دارای مدرک کارشناسی ارشد، روحانیونی که دارای آموزشهای کارشناسی ارشد و تجربه مشاوره هستند و همچنین دارندگان درجه کارشناسی ارشد که در حال گذراندن دوره کارآموزی نظارت شده هستند، می‌توانند از این دوره استفاده کنند. داوطلبان باید دوره‌های زیر را بگذرانند:

الف. دو دوره کار عملی.

ب. بیست و چهار جلسه مشاوره موردی در خلال دوازده ماه.

ج. نوار ضبط شده يك جلسه درمان که برای ارزیابی به کمیته بررسی و استاندادهای

آموزشی بین‌المللی ارسال شود.

۴. دوره عالی. جامع‌ترین دوره‌ای است که توسط مؤسسه اجرایی شود. در خلال دو سال تحصیل پاره‌وقت شرکت کنندگان آموزش عمیقی در مورد روشهای درمان منطقی-هیجانی و روان درمانی رفتاری و شناختی پیدا می‌کنند. دانشجویان این دوره مراجعان را در درمان می‌کنند و هفته‌ای یک بار کارشان نظارت می‌شود. در اداره کارگاههای آموزشی عمومی به عنوان یکی از دو سرپرست کارگاه انجام وظیفه می‌کنند و در تحقیقات نیز شرکت می‌نمایند.

۵. علاوه بر برنامه‌های مؤسسه، درمان منطقی-هیجانی را می‌توان در گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه‌ها فسترا نیز آموخت.

### کارکرد مشاور

درمانگران منطقی-هیجانی به منظور تصحیح افکار نامعقول به شیوه رهنمودی عمل می‌کنند. آنها به طور فعال به مراجعان خود کمک می‌کنند تا خود را بیان کنند. این کار غالباً از طریق انجام تکالیف صورت می‌گیرد. به عنوان مثال وقتی که خانم جوانی که علی‌رغم استحقاق واقعی‌اش می‌ترسد که درخواست افزایش حقوق کند، این تکلیف به او داده می‌شود که با رئیس خود ملاقات و از او درخواست افزایش حقوق کند. اگر لازم باشد درمانگر نه تنها مراجع خود را به این کار ترغیب می‌کند بلکه حتی به او دستور می‌دهد که باید این کار را انجام بدهد.

درمانگران منطقی-هیجانی بیش از درمانگران دیگر صحبت می‌کنند. این بویژه در مورد اولین جلسات مشاوره صادق است. ممکن است در جلسه اول از روش مواجهه<sup>۱</sup> استفاده شود تا مراجع بتواند از افکار منطقی و رفتار نامعقولی که از آن افکار نشأت می‌گیرد، آگاه شود. درمانگران از استدلال و ترغیب استفاده می‌کنند، آنها حتی به رفتارهایی که مراجعان علیه خود انجام می‌دهند نیز حمله می‌کنند.

رویکرد منطقی-هیجانی تعلیم‌دهنده و آموزشی است. هر چند که ظاهر آن ممکن

است بیشتر شبیه به يك جدال فلسفی باشد تا يك درمان‌روانی یا مشاوره. درمانگران اغلب متونی را برای مطالعه مراجع تعیین می‌کنند و زمانی را صرف بحث درباره‌ی درك مراجع و یا عدم درك او از آن متون می‌نمایند. درمانگر منطقی-هیجانی اغلب از ردا و کلاه استادی و همچنین از روپوش بیمارستان استفاده می‌کند. (الیس و گریگر ۱۹۷۳)

از طرف دیگر درمانگر منطقی-هیجانی وقت زیادی را صرف «رویدادهای فعال‌کننده» نمی‌کند جزئیات مربوط به اینکه چه کسی با دیگری چه کار کرده است را نمی‌پرسد. این جزئیات به عنوان هاله‌ای که مطلب واقعی درمان را پنهان می‌کند، تلقی می‌شود. پیامدهای هیجانی و عقاید نامعقول آن جزئیات را به وجود می‌آورند. بعلاوه درمانگران منطقی-هیجانی از روشهای روان‌پویایی معمول مانند تداعی آزاد، تحلیل رؤیا، ایجاد رابطه انتقال، تحلیل عقده ادیب یا دیگر عقده‌های روان‌پویایی و یا توضیح وقایع گذشته در به وجود آمدن عوارض کنونی، پرهیز می‌کنند.

به طور خلاصه در درمان منطقی-هیجانی مشاور يك موضع تند و تیز، فعال، رهنمودی، ترغیب‌کننده و جدلی دارد. او بیشتر اوقات را صرف مواجهه و چالش با عقاید نامعقول مراجع می‌کند و آنها را به سوی رفتار ارضاکننده‌تر که کمتر بر علیه خود اوهستند، هدایت می‌کند. (الیس ۱۹۷۹)

## تمرین مشاوره

### تکنیک‌های عمده

روشهای شناختی مشاوران منطقی-هیجانی در فرایند هدایت مراجعان به سمت اینکه اختلافات خود را ببینند (ABC) و با عقاید نامعقول خود نزاع کنند (D) از تکنیک‌های درمان‌شناختی استفاده زیاد می‌کنند. از آن جمله تحلیل منطقی و فلسفی تعلیم، جدال درباره‌ی افکار جادویی، پیشنهادات حواس‌پرتی عمدی و حتی تمرین توقف فکر را می‌توان نام برد. مشاور از مراجع می‌خواهد ثابت کند که عصبانی بودن «بد» و «وحشتناک» است و

نشان بدهد که عصبانی شدن شخص را بی ارزش می کند. (الیس ۱۹۷۹)

به عنوان مثال الیس توصیه می کند که برای کشف عقاید نامعقول (IB) کارهای زیر را انجام دهید. (الیس و گریگر ۱۹۷۷، صفحه ۱۰):

۱. به کارهای بد و وحشتناک خود نگاه کن و از خود پیرس «فکر می کنم که در رابطه با احساسم نسبت به... چه چیزی بد و وحشتناک است؟»

۲. چیزی را پیدا کن که فکر می کنی تحمل آن غیر ممکن است و از خود پیرس «چه چیزی در این مورد (رویداد فعال کننده) وجود دارد که تحمل آن را غیر ممکن می کند.»

۳. بایدیهای خود را جستجو کن و از خود پیرس «من چه چیزی را باید به خودم در مورد این وضعیت به طور مستمر بگویم؟»

۴. لعنت هایی را که به خودت و دیگران می کنی، جستجو کن و از خودت پیرس «با چه روشی دیگران را در رابطه با... محکوم یا تحقیر می کنم؟»

بعلاوه مشاوران درمان منطقی-هیجانی به مراجعان خود دقت منطقی و معنای دقت را تعلیم می دهند و به آنها نشان می دهند که چگونه «فرم کمک منطقی به خود» را پر کنند و به آنها مهارت های میان فردی (اجتماعی) نظیر ابراز وجود را می آموزند. (الیس ۱۹۷۹)

روش های فراخوان هیجانی درمان منطقی-هیجانی مراجعان خود را بی قید و شرط و بدون توجه به رفتارشان می پذیرد. همان طور که الیس توضیح داده است (۱۹۷۹) این روش بسیار شبیه به «توجه مثبت بی قید و شرط» راجرز است (۱۹۵۱). اما به هر حال به نظر می رسد که شیوه ارتباطی پذیرش الیس با روش ارتباطی توجه راجرز اختلاف کمی دارد. مشاور منطقی-هیجانی همچنین از ایفای نقش، نمونه سازی نصیحت گویی، شوخ طبعی، تمرین های حمله به خجالت و انواع دیگری از تمرین های مواجهه نظیر ریسک کردن و تمرین باز و بی پرده بودن استفاده می کند. (الیس ۱۹۷۹)

روش های رفتاری درمان منطقی-هیجانی تکالیف رفتاری عینی به مراجع می دهد. این تکالیف رفتاری است زیرا که مراجع باید کاری را انجام دهد نه اینکه چیزی را بخواند و تکالیف عینی است زیرا کاری در جهان واقعی و نه در عالم تخیل انجام می شود. روش های شرطی شدن عامل، بویژه به شکل روش های کمک به خود به طور وسیعی از طرف

مشاوران منطقی-هیجانی مورد استفاده واقع می‌شود. روشهای آرمیدن و دیگر انواع روشهای کاهش‌دهنده تنش، اغلب در ارتباط با روشهای شناختی و هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرند. بالاخره تصویرسازی ذهنی منطقی-هیجانی (مالتزبای<sup>۱</sup> ۱۹۷۱) با روشهای شناختی، هیجانی و رفتاری ترکیب می‌شود.

### پارامترهای درمان

محلی که در آن درمان منطقی-هیجانی صورت می‌گیرد شبیه به محل‌های بیشتر رویکردهای مدرن است. بسیاری از جلسات فردی در محل کار درمانگر برگزار می‌گردد. برای درمانگر RET این يك محیط نسبتاً غیررسمی است: هم اتاق و هم درمانگر غیررسمی (لباس) می‌پوشند. تنها وسیله این اتاق ضبط صوت است (معمولاً مراجع تشویق می‌گردد که ضبط صوت خود را با خود به جلسه بیاورد).

### مورد پژوهی

مورد پژوهی زیر از الیس (۱۹۷۷، صفحات ۲۶۵-۲۵۸)

جیم در جلسه چهارم سؤال می‌کند که «چرا نباید انتظار داشته باشم که کارها بروفق مراد من انجام شود؟» «چرا نباید برای به دست آوردن آن چیزی که می‌خواهم تلاش کنم؟» درمانگر: ابدأ، دلیلی وجود ندارد. کاملاً این حق توست تا آنچه را که دوست داری و هر وقت که دلت می‌خواهد، بخواهی. اما متأسفانه تو داری يك کار اضافی انجام می‌دهی که آن کار مشروعیت ندارد.

بیمار: آن چیست؟ آن چیز غیر مشروع چیست؟

درمانگر: تو چیزی را که می‌خواهی فقط در حد خواستن نمی‌خواهی بلکه آن را تمنا و تقاضا می‌کنی. تو ابتدا يك خواسته درست و عاقلانه‌ای را عنوان می‌کنی اما به طور احمقانه‌ای بعداً آن را به يك اجبار و ضرورت مطلق تبدیل می‌کنی. این کار را به خاطر پرهیز از محاکمه خودت برای جرمهایی که مرتکب شده‌ای انجام می‌دهی.

بیمار: چرا؟ این کار احمقانه است؟

درمانگر: دلیلش ساده است زیرا در درجه اول اصولاً هرگونه تقاضای مفرط یا باید احمقانه است. خواستن چیزی که به آن اشتیاق و علاقه داری، زمانی خوب است که بدانی ممکن است نتوانی آن را به دست بیاوری. اما به محض آنکه آن خواسته را به حد مفرط تقاضا و تمنا کنی در این صورت آن را به یک ضرورت و اجبار تبدیل می کنی و آنگاه تحمل به دست نیاوردن آن را نداری. در آن صورت یا دست به کار مذبحانه ای برای به دست آوردن آن می زنی - همان طور که همیشه با رفتارهای ضداجتماعیت این کار را کرده ای - و یا اینکه خودت را عصبانی می کنی و بیش از حد در مانده و به خاطر به دست نیاوردنش مضطرب می شوی. در هر دو صورت تو بازنده هستی.

بیمار: فرض کنیم که من بتوانم هر آنچه که می خواهم به دست بیاورم.

درمانگر: عالی است. این زمانی خوب است که بتوانی آن را به دست بیاوری و علیه اهداف خودت قیام نکنی. مثلاً در این مورد فکر کن که باز داشت و توقیف شده ای و می توانی از آن فرار کنی (که البته بعید به نظر می رسد، مگر برای مدت کوتاهی). آنوقت آیا با فرار کردن از همه چیزها و همه کسانی که دوست داری و مثلاً رفتن به آمریکای جنوبی نهایتاً چیزی به دست می آوری؟

بیمار: شاید نه.

درمانگر: شاید؟ بعلاوه بگذار لحظه ای فرض کنیم که تو واقعاً توانسته ای از بازداشت فرار کنی و امکان گیر افتادن تو وجود ندارد و تو هم در یک حالت ترس دائم زندگی نمی کنی؛ آن وقت آیا کار خوبی کرده ای؟

بیمار: بله به نظرم کار خوبی برای خودم کرده ام. چه چیزی می توانم بیشتر از این بخواهم؟

درمانگر: تو خیلی بیشتر از این می توانی بخواهی. اینکه تو بیشتر نمی خواهی به من ثابت می کند که آدم مریضی هستی.

بیمار: یعنی چه مریضم؟ این چه چرندیاتی است که تحویل من می دهی؟

درمانگر: من می توانم خیلی اخلاقی و مؤدب صحبت کنم و اگر تو از این حرفهای من فرار کنی در واقع داری در به وجود آوردن دنیایی که آن را دوست نداری کمک می کنی.

ممکن است بتوانی از بازداشت فرار کنی البته دیگران هم می توانند؛ آن وقت تو داری در دنیایی زندگی می کنی که در آن دنیا دزد هاست می توانند از بازداشت فرار کنند؛ دیگر چه کسی می خواهد در يك چنین دنیایی زندگی کند؟

بیمار: فرض کن بگویم که برایم اشکالی ندارد که در يك چنین دنیایی زندگی کنم. در واقع من آن دنیا را دوست دارم.

درمانگر: خوب درست. تو می توانی این حرف را بزنی و حتی منظورت هم همین باشد. اگر چه من تردید دارم که تو واقعاً از روی فکر این حرف را زده باشی. اما بگذار فرض کنیم که واقعاً این کار را بکنیم آنوقت من آن استدلال اخلاقی و مؤدبانه را با شخص غیر اخلاقی و بی گناهی مانند تو در میان نخواهم گذاشت. اما هنوز يك استدلال دیگر و بهتر وجود دارد؛ استدلالی که مردمی مثل شما معمولاً به آن آشنایی دارند.

بیمار: و آن چیست؟

درمانگر: سرسختی تو.

بیمار: سرسختی من؟

درمانگر: بله پوست کلفتی و سرسختی تو.

بیمار: من نمی فهمم راجع به چه چیزی صحبت می کنی.

درمانگر: ساده است فرض کن همان طور که گفتم تو حقیقتاً بی گناه باشی. فرض کن که تو مثل لوسیانونی خوشبخت و کسان دیگری که به نظر می رسد واقعاً علی رغم جنایت آزاد می گردند سرسخت باشی و هیچ اعتنایی به دیگرانی که از دست کارهای تو رنج می برند، نکنی و توجه نکنی که تو در به وجود آوردن چه دنیایی داری کمک می کنی. در آن صورت آیا می توانم پیرسم که - تو شخصاً - چگونه سرسخت شدی و همان طور هم باقی ماندی؟

بیمار: چه فرقی می کند که چگونه سرسخت شدم تا وقتی که این طور هستم.

درمانگر: آه، اما حتماً فرق می کند.

بیمار: این لعنتی چطوری فرق می کند؟

درمانگر: درست مثل این. تنهاراهی که بتوانی گناهکار نباشی و بتوانی تحت شرایطی که

تشریح کردیم سرسخت باقی بمانی این است که دائماً فرار کنی و دیگران را آزار بدهی و پاداش کارهای جنایتکارانه خود را نبینی این است که همواره خصومت و دشمنی بورزی، با بیزاری، تنفر و نفرت از جهانی که تو بر علیه آن رفتار جنایتکارانه‌ای داشته‌ای فرار کنی.

بیمار: آیا من نمی‌توانم بدون اینکه از دیگران متنفر باشم فرار کنم. چرا نمی‌توانم؟  
 درمانگر: احتمال زیادی وجود ندارد، چرا باید فرد بدون تنفر از دیگران کاری بر علیه آنها انجام دهد؟ چگونه يك شخص نمی‌تواند حداقل نگران نظم اجتماعی خود خواهانه‌ای که خود آفریده است نباشد. مگر آنکه بار رفتار دفاعی و تنفر آمیز خود نسبت به دیگران نگرانی بالقوه خود را کاهش دهد.

بیمار: نمی‌دانم چرا نتواند؟

درمانگر: آیا تو توانسته‌ای؟

بیمار: منظور شما این است که آیا من توانسته‌ام که...؟

درمانگر: دقیقاً داستانهای بسیاری از دروغ‌گویی‌های تو به دیگران وجود دارد. اینکه دیگران را به سمت کارهایی که نمی‌خواستند انجام بدهند هدایت می‌کردی. و هدایت غلط تو که بر اساس احساسات تو نسبت به آنان بود به عنوان مثال دخترهایی که تو آنها را فریب دادی و بعد ترك کردی شرکای تو در این جنایت که به آنها خیانت کردی، والدینی که پس از شکستن قول خود نسبت به آنها به کمکشان احتیاج داشتی: آیا اسم این کارها را عشق می‌گذاری؟ یا عاطفه و مهربانی؟

بیمار: خوب نه، دقیقاً نه.

درمانگر: دشمنی، تنفر و احساس بدی که نسبت به این افراد داشتی و آن را به طور دائم حفظ می‌کردی، آیا اهمیتی نمی‌دادی در حالی که جنایت پشت جنایت انجام می‌دادی. آیا در این مورد احساس خوبی داشتی؟

بیمار: خوب، بعضی وقتها، باید اعتراف کنم که بعضی وقتها احساس خوبی داشتم.

درمانگر: بله بعضی وقتها، آیا واقعاً در اعماق قلبت احساس خوشی، شادی، شادمانی،



خوشحالی نسبت به مردم داشتی، می‌خواستی از آنها متنفر باشی. احساس می‌کردی که آنها به لعنت سگ هم نمی‌ارزند و می‌خواستی بر علیه آنها توطئه کنی و نقشه بریزی.

بیمار: نه فکر نمی‌کنم. نه همیشه.

درمانگر: اغلب اوقات این طور بوده است؟

بیمار: آه، نه، باید اعتراف کنم بندرت.

درمانگر: این جواب توست؟

بیمار: مقصود شما این است که من با تنفر از دیگران سرسخت شده‌ام و در جریان این کارها فقط به خودم صدمه می‌زنم.

درمانگر: آیا این طور نیست؟ واقعاً این طور نیست؟ آیا این سرسختی تو را نمی‌رساند؟-

مثل لامبهایی که از پوست انسان به وسیله نازی‌ها درست شده بود- پوستی که از تنفر تو نسبت به دیگران درست شده و تغذیه می‌کند؟ آیا این تنفر تو در بلندمدت باعث فساد تو نشد؟

بیمار: هوم، تو به من چیزی گفتی که مرا به فکر واداشت.

درمانگر: بسیار خوب در موردش فکر کن.

پس از بیست و دو جلسه درمان منطقی-هیجانی، بالاخره، بیمار توانست اعتراف کند و ضمن احساس شکست به اشتباهات رفتار جنایتکارانه خود پی ببرد و اینکه قادر نبود به آن رفتارها حمله کند. شاید به خاطر اینکه می‌ترسید نتواند آنها را تغییر دهد. از آن پس درمانگر به فلسفه‌ای که پشت این احساسات بود حمله می‌کند.

### کاربرد

الیس و گریگر (۱۹۷۷) بعضی از کاربردهای رویکرد منطقی-هیجانی را بیان داشتند: نظیر سکس درمانی، ازدواج درمانی، گروه درمانی، جرأت‌آموزی، درمان روان‌پریشی، روان‌نژندی، افسردگی، روان‌درمانی کودک و تعلیم و تربیت. الیس اعلام می‌دارد که درمان منطقی هیجانی برای همه سودمند نیست اما در عین حال تنها استثناهای آن کسانی هستند که روان‌درمانی برای آنها مفید نیست. (مثل اسکیزوفرن)

## نقد

## پشتوانه پژوهشی

درمان منطقی - هیجانی باعث ایجاد فعالیت‌های تحقیقاتی قابل توجه‌ای شده است. نتایج این تحقیقات و همچنین متن ادبیات رو به رشد موجود در زمینه‌های ذیربط، پشتوانه‌ای برای سودمندی رویکرد منطقی - هیجانی است. به طور مشخص تحقیقات ثابت می‌کند که:

۱. درمان منطقی - هیجانی برای مردمی که درونگرا هستند از درمان مراجع محوری مؤثرتر است. (دی لورتو<sup>۱</sup> ۱۹۷۱)
۲. در کاهش اضطراب عمومی یا فراگیر، مؤثرتر از حساسیت‌زدایی منظم است. (کاتر<sup>۲</sup> ۱۹۷۵)
۳. به نظر می‌رسد که ترکیبی از درمان شناختی و رفتار درمانی برای درمان افسردگی مؤثرترین روش باشد. (راش<sup>۳</sup>، خاتمی<sup>۴</sup> و بک<sup>۵</sup> ۱۹۷۵)
۴. تأثیر نسبی درمان منطقی - هیجانی در مقابل آموزش ابراز وجود ناهمخوان است و تحقیقات محدود و بی‌پایه‌ای در این مورد وجود دارد. (تیگرم<sup>۶</sup> ۱۹۷۵، والف<sup>۷</sup> ۱۹۷۵)

کسانی که درمان منطقی - هیجانی را به کار می‌گیرند معتقدند که این درمان برای مراجعانی که وضعیت اقتصادی اجتماعی بالایی دارند. مؤثر است (همه درمان‌ها این طور است) در عین حال ممکن است که برای مراجعان با شرایط اجتماعی و اقتصادی پایین این روش نسبت به دیگر روش‌های درمان مؤثرتر باشد. تحقیقات نشان می‌دهد که مراجعان با

- 
1. Diloreto
  2. Kanter
  3. Rush
  4. Khatami
  5. Back
  6. Tiegerman
  7. Wolfe

شرایط اجتماعی اقتصادی پایین اغلب درمان خود را به خاطر رفتار غیر رهنمودی و غیر متمرکز بر هدف درمانگران رها می‌کند. (هیتلر<sup>۱</sup> ۱۹۷۶) علاوه مراجعان دارای موقعیت‌های اجتماعی و اقتصادی پایین انتظار دارند که درمانگر فعال و رهنمودی عمل کند. در نتیجه ممکن است این طور فرض شود که این نوع مراجعان ممکن است با درمان منطقی-هیجانی بهتر رفتار کنند و یا کمتر درمان را رها کنند. این حدس نیاز به تحقیقات منظم بیشتری دارد.

اگرچه درمان منطقی-هیجانی تحقیقات زیادی را موجب گردیده است اما بیشتر آن تحقیقات از محدودیتهای روش شناسی که گریبانگیر بسیاری از تحقیقات روان درمانی است، رنج می‌برد. نظیر عدم وجود کنترل‌های گروهی، فقدان مقایسه با دیگر روشهای درمان، ناکافی بودن تعداد موضوعات، متغیرهایی که ضعیف تعریف شده‌اند، ابزار ضعیف روان‌سنجی، دوران کوتاه درمان، ناکافی بودن آموزش درمانگر. با اینکه نتایج مثبت و امیدوار کننده است اما با نتیجه‌گیری فاصله دارد. (دی گیوسیپی<sup>۲</sup> ۱۹۷۷، ماهونی<sup>۳</sup> و آرنکوف<sup>۴</sup> ۱۹۷۸)

### ارزیابی

من نمی‌توانم حتی يك مراجع را به خاطر بیاورم که با او کار کرده باشم، و او از نوعی افکار تخیلی یا مطلق و یا نوعی سرزنش (سرزنش خود یا دیگران) رنج نبرده باشد. من اطلاعی از حتی يك مشاوره موفق ندارم که این نوع «افکار بد» در آنها کم یا حذف نشده باشند. اما به هر حال من نسبت به روش ایلس برای رهایی مراجعان خود از این دشمنان، نظر اتی دارم. اینکه استدلال کردن معمولاً به مقاومت منتهی می‌شود و نه به اطاعت و در درمان اطاعت کافی نیست. همچنانکه پاترسون<sup>۵</sup> (۱۹۸۰) اشاره داشت به اینکه موفقیت ایلس با مراجعانش احتمالاً بیشتر به خاطر وجود علاقمندی آشکار او

---

1. Heitler

2. Di Giveseppi

3. Mahoney

4. Arnkoff

5. Patterson

بوده است تا نزاع و جدل، و بیشتر به خاطر رابطه او بوده است تا ABC او. من فکر می‌کنم که يك مشاور، لازم است از «افکار بد» و «ایدئولوژی جبری» آگاه باشد؛ و خوب است مردم «مستقیم» فکر کنند و زندگی خود را اداره نمایند. من فکر می‌کنم که در بلندمدت مجادله کردن با مردم برای تأیید یا تکذیب چیزی نمی‌تواند مهم و یا خیلی مؤثر باشد.



## واقعیت درمانی

گلاسر<sup>۱</sup> مانند اکثر کسانی که دیدگاهشان در این کتاب مورد بحث و بررسی قرار گرفته است، شاگرد مکتب روانکاری بود. اما مکتب واقعیت درمانی شاید کمتر از بقیه نظریه‌های ریشه در روانکاوی دارد. گلاسر مردی است که ما را به سوی یک زندگی فعال، چه از نظر جسمانی یا هیجانی و عقلانی هدایت می‌کند او در دیدگاه خود در کار مشاوره نشان می‌دهد که علاقه‌مند است به: آنچه که انجام می‌دهید، ایجاد درگیری هیجانی با شما و آگاهی شما از دنیای واقعی. در مطالعات اولیه، این مکتب آنقدر ساده می‌نماید که به نظر مهم و با اهمیت نمی‌رسد و آنقدر آسان می‌نماید که مؤثر به نظر نمی‌رسد. اما به خواندن مطالب مربوط به واقعیت درمانی ادامه بدهید شما در دنیایی واقعی زندگی می‌کنید. اعمال شما پیامدهایی دارد. شما آقا یا خانم دنیای خودتان هستید و یا می‌توانید باشید. چه دوست داشته باشید و چه نداشته باشید دو بعلاوه دو می‌شود چهار. نظام بینش‌ها و اعمال ما بر این اساس و دیگر واقعیت‌هایی که می‌توانند قابل توجه و مؤثر باشند بنا شده‌اند.

## تحول تاریخی زمینه شخصی

ویلیام گلاسِر در سال ۱۹۲۵ در کلیولند اُهایو<sup>۱</sup> به دنیا آمد. او دوران کودکی و نوجوانی خود را در آنجا گذراند. در واقع می‌توان گفت تمام دوران تحصیل خود را. او مدرک کارشناسی خود را در مهندسی شیمی، کارشناسی ارشد را در روان‌شناسی بالینی و همچنین مدرک پزشکی خود را (۱۹۵۵) از دانشگاهی<sup>۲</sup> در کلیولند اخذ کرد. او زمانی که دانشجوی بود ازدواج کرد؛ سپس به دانشگاه کالیفرنیا در لوس آنجلس برای گرفتن تخصص در روانپزشکی منتقل شد.

آخرین سال تخصص او در بیمارستان سازمان حرفه‌ای غرب لوس آنجلس<sup>۳</sup> سپری شد. به نظر او برنامه آنجا نمونه کلاسیک روانپزشکی بود. در این بیمارستان تعداد کسانی که مرخص می‌شدند دو بیمار در یک سال بود. گلاسِر روشهای جدید را در آنجا آزمایش کرد. گرچه که مدیر بیمارستان او را تشویق می‌کرد ولی همکلاسی‌هایش در دانشگاه از این کار او چندان راضی نبودند. لذا شغل تدریس در دانشگاه را به او دادند.

در همین سالها بود که (۱۹۵۷) در یک محل جدید الاحداث دولتی که برای نگهداری دختران نوجوان بزهکار در وئتورای کالیفرنیا درست شده بود، شغل سرپرستی روانپزشکان آنجا را به گلاسِر پیشنهاد نمودند. او تصور می‌کرد که این مکان محل مناسبی برای به کارگیری افکار او که در بیمارستان قبلی (VA) رشد و توسعه داده است. برنامه او شامل مسئولیت دادن به خود دختران در مورد شرایط و وضعیتی که در آن زندگی می‌کردند بود. ضمناً پیامدهای رفتار غیر قابل قبول زودتر از موقع بیان می‌گردید. عذر و بهانه پذیرفته نمی‌شد. تنبیه حذف گردید. این کار گلاسِر مؤثر بود. دختران احساس مسئولیت بیشتری می‌کردند و میزان تکرار کارها به ۲۰ درصد تقلیل یافت. گلاسِر به مدیر قبلی خود نیز کمک کرد تا برنامه‌ای مشابه را در بیمارستان قبلی انجام دهد. نتیجه کار قابل توجه بود.

1. Cleveland, Ohio

2. Case Western Reserre University

3. West Los Angeles Veterans Administration

در صد کسانی که از بیمارستان مرخص شدند از دو بیمار در سال به صد بیمار در چهار سال افزایش یافت.

در سال ۱۹۶۱ گلاسِر اصول اولیه واقعیت درمانی را تدوین و در اولین کتاب خود آن را منتشر ساخت، در کتاب «سلامت روانی یا بیماری روانی»؟ مفاهیم این کتاب بعدها بسط و توسعه یافت و به صورت کتاب واقعیت درمانی منتشر گردید. (۱۹۶۵)

در سال ۱۹۶۵ کمی بعد از انتشار این کتاب گلاسِر مؤسسه «واقعیت درمانی» را تأسیس نمود. تا در آن مؤسسه درمانگرانی را تربیت کند. بتدریج مردم با کارهایش آشنا شدند و مدارس از او برای مشورت دعوت کردند. او توانست روش خود را در مکانهای آموزشی نیز به کار گیرد و براساس همین تجربیات بود که کتاب مدارس بدون شکست را منتشر ساخت (۱۹۶۹) و «مرکز آموزش پرورشکار» را تأسیس نمود. در این مرکز معلمان شیوه واقعیت درمانی را آموزش می دیدند. او سپس چندین کتاب دیگر هم چاپ کرد، از جمله آنها جامعه با هویت (۱۹۷۲) اعتیاد مثبت (۱۹۷۶) ایستگاههای مغز (۱۹۸۱) که جزء کارهای اصلی او محسوب می شوند. گلاسِر اخیراً به ریاست مؤسسه واقعیت درمانی در لوس آنجلس منصوب گردید. او بیشترین وقت خود را صرف سخنرانی در مؤسسات و کارگاههای مختلف در سرتاسر آمریکای می کند. (السون<sup>۱</sup> ۱۹۷۹)

### زمینه نظری

از جمله کسانی که نظریاتشان بر افکار گلاسِر اثر گذاشت، پل دوبویس<sup>۲</sup> پزشک سوییسی بود که روشی به نام «اخلاقی کردن پزشکی» را پایه گذاری کرد. (گلاسِر و زونین<sup>۳</sup> ۱۹۷۳)

گلاسِر به بیماران خود فلسفه زندگی را می آموزد و تکیه او بر افکار مربوط به سلامت و تندرستی است و نه مرض و بیماری. بسیاری از افکار گلاسِر شبیه به افکار آدلر و آدولف مایر<sup>۴</sup> و آبراهام لاه<sup>۵</sup> اهل آمریکاست. البته تأثیر افرادی که نام برده شدند به صورت

1. Elson

2. Paul Du Bois

3. Zunin

4. Adolph Meyer

5. Abraham Law



غیرمستقیم بود زیرا تا سال ۱۹۶۵ گلاسرها هیچ يك از کارهای آنها را مطالعه نکرده بود. از دیگر کسانی که به صورت غیرمستقیم بر افکار گلاسرها گذاشتند مورر<sup>۱</sup> نویسنده معاصر، (درمان کامل او شامل برخی از اصول اخلاقی کردن می‌شود). توماس زاس<sup>۲</sup> (پزشکی که تصمیم گرفت «اسطوره بیماری روانی» را منسوخ نماید). و نورمن وینسنت پیل<sup>۳</sup> (واعظی که از «قدرت تفکر مثبت» دفاع و طرفداری می‌کرد). اگرچه گلاسرها تحت تأثیر این افراد و دیگر نویسندگان قرار داشت، اما او اصرار داشت که واقعیت درمانی يك نظام بی‌نظیر و مستقل است. (گلاسرها و زونین ۱۹۷۳)

### نظریه شخصیت

#### تعریف واژه‌ها

خود ارزشمندی (self-worth)، که به آن عزت نفس و یا حرمت نفس هم می‌گویند. خود ارزشمندی مستلزم این است که افراد رفتار خود را در صورتی که به نرم نرسید، ارزیابی کنند و کاری در جهت تصحیح آن انجام دهند.

استقلال (autonomy)، قدرت کنار گذاشتن پشتیبانی‌های محیطی و جانشین کردن آن با حمایت‌های روانی درونی فرد و همچنین قدرت روانی فرد برای روی پای خود ایستادن را استقلال می‌نامند.

تعهد (commitment)، پس از اینکه يك مراجع، درباره رفتارش قضاوت ارزشی کرد و تصمیم به تغییر آن گرفت، واقعیت درمانگر از او می‌خواهد که به درمانگر تعهد بدهد که این برنامه را اجرا می‌نماید.

درست یا صحیح (right)، گلاسرها اعتقاد دارد که يك نرم یا استاندارد وجود دارد که با آن می‌توان رفتار را اندازه‌گیری کرد و چنانچه رفتار يك شخص به این استاندارد برسد صحیح تلقی می‌گردد و در غیر این صورت غلط.

1. O. H. Mowrer

2. Thomas Szaz

3. Norman vincent peale

درگیری (involvement)، پنا به نظر گلاسِر «درگیری» اساساً همان همدلی است با این تفاوت که درگیری شامل ارتباط توأم با همدلی نیز می‌شود و نه فقط حضور آن.

دوست داشتن (love)، گلاسِر بر اساس تأکیدی که بر رفتار دارد، دوست داشتن را آن چیزی می‌داند که مردم انجام می‌دهند و نه آنچه که احساس می‌کنند «دوست داشتن یک علاقه و درگیری سخت و بی‌امان است.» (ریلی<sup>۱</sup> ۱۹۷۳، صفحه ۱۷)

قضاوت ارزشی (value judgment)، واقعیت درمانی از فرد می‌خواهد دربارهٔ اینکه رفتارش مسئولانه است یا خیر، قضاوت ارزشی نماید. چنانچه رفتارش مسئولانه نباشد، برای تغییر آن برنامه‌ریزی کند.

مسئولیت (responsibility)، گلاسِر مسئولیت را به عنوان توانایی فرد برای تأمین نیازهایش تعریف می‌کند که این کار به گونه‌ای صورت می‌گیرد که درعین حال دیگران را از ارضای نیازهایشان محروم نمی‌کند. واقعیت درمانگران مسئولیت را معادل سلامت روان می‌دانند.

واقعیت (reality)، واژه‌ای است که در برگیرندهٔ رفتار کنونی فرد است. گلاسِر از واقعیت یک دیدگاه پدیدارشناختی ندارد.

هویت (identity)، عبارت است از نیاز به احساس جدا و متمایز بودن از دیگر موجودات زنده، به نظر گلاسِر این نیاز تنها نیاز روانی اساسی انسان است که همه مردم در همه فرهنگها از بدو تولد تا مرگ دارا می‌باشند.

هویت شکست (identity, failure)، کسانی که نتوانسته‌اند رابطه نزدیک و شخصی با دیگران ایجاد کنند و مسئولانه عمل نمی‌کنند و احساس درماندگی و ناامیدی و بی‌ارزشی می‌کنند، دارای هویت شکست هستند.

هویت موفق (identity, success)، کسانی که:

الف. خود را اساساً توانا، لایق و باارزش تعریف می‌کنند.

ب. قدرت دارند که محیط خود را تحت تأثیر قرار داده و اعتماد کافی برای ادامه

زندگی‌شان دارند.

ج. نیاز به دوست داشتن و دوست داشته شدن را تأمین کرده‌اند، به عنوان افرادی که دارای هویت موفق هستند تلقی می‌گردند.

### ماهیت انسان

«واقعیت درمانی بر این فرض بنا شده است که همهٔ انسانها در فرهنگهای مختلف از تولد تا مرگ نیاز روانی دارند و آن نیاز به داشتن هویت است. نیاز به اینکه احساس کند او به گونه‌ای جدا و متفاوت از دیگر موجودات زنده‌ای است که روی زمین زندگی می‌کنند».

(گلاسرو زونین ۱۹۷۳، صفحه ۲۹۲)

دیدگاه گلاسرو از ماهیت انسان احتمالاً در رویکرد تعلیم و تربیتی او آشکار می‌شود. به نظر گلاسرو (۱۹۶۹) تعلیم و تربیت سنتی دانش‌آموز را نوعی سطل خالی می‌بیند که معلم قرار است مسیل واقعیت‌های بی‌پایان را در درون آن سرازیر کند. بسیاری از این واقعیت‌ها با زندگی دانش‌آموز نامربوط هستند که خود آنها واقعیتی نامربوط یا بی‌ربط تلقی می‌شوند. در نظام سنتی تأکید بر معلم است نه دانش‌آموز. از طرف دیگر در نظام گلاسرو معلم يك تسهیل‌کنندهٔ یادگیری است و نه نسخه‌پیچ واقعیت‌ها (راجرز ۱۹۶۹) و تأکید بر دانش‌آموز و رشد و پیشرفت او در مورد مهارت‌های حل مشکل و تفکر منتقدانه است. گلاسرو مانند راجرز (۱۹۶۹) معتقد است که انسانها (به‌خصوص دانش‌آموزان) ظرفیت و توانایی استفاده از استعدادهای خود جهت یادگیری و رشد را دارند. هر انسانی در نهایت، خودمختار است. چنانچه افراد بیشتر بر تصمیمات خود متکی باشند تا بر شرایط آنوقت آنها با احساس مسئولیت بیشتری زندگی می‌کنند و زندگی موفق و ارضاکننده‌تری خواهند داشت. طبق نظر گلاسرو انسانها یعنی آنچه که انجام می‌دهند و آنها آنچه را که تصمیم می‌گیرند، انجام می‌دهند. چنانچه از زندگی خود ناراضی باشند می‌توانند تصمیم دیگری برای تغییر آن بگیرند. (السون ۱۹۷۹)

از آنجایی که ما همان هستیم که انجام می‌دهیم، پس هر يك از ما باید مفهوم آنچه که هستیم را خلق کند. ما باید خود را به عنوان افراد منحصر بفرد و جدا از دیگران تعریف کنیم. ما باید به خاطر داشته باشیم که در هر صورت وقتی گلاسرو بر هویت جدا و یگانه

برای هر فردی تأکید می‌کند، مفهوم حرفهای او همان است که آدلر آن را «علاقه اجتماعی» نام نهاد. هویتی که گلاسِر از آن دفاع می‌کند مخالف و ضد بقیه انسانها نیست بلکه در عوض خودپنداره یگانه‌ای است که درگیری با دیگران را تسهیل می‌کند. این نیاز به داشتن هویت در همه فرهنگها وجود دارد.

گلاسِر دو نوع هویت را از یکدیگر متمایز می‌سازد: هویت موفق و هویت شکست. انسانهایی که هویت موفق دارند خود را توانا، با کفایت و با ارزش می‌دانند عقیده آنها در مورد خودشان این است که قدرت مقابله با محیط را دارند و اعتماد به نفس و توانایی هدایت زندگی خود را نیز دارا می‌باشند. انسانهایی که هویت شکست دارند خود را ناتوان، بی کفایت و بی ارزش می‌بینند. (گلاسِر و زونین ۱۹۷۳)

گلاسِر (۱۹۷۲) معتقد است که جامعه گرایش به سوی تعیین هویت دارد. «و این بدان معناست که مردم کمتر از گذشته برای دستیابی به اهدافی که به آنها در سلسله مراتب قدرت امنیت می‌دهد مشتاق هستند. به عبارت دیگر مردم امروز بیشتر در پی ایفای نقش مستقل و اهمیت دادن به هویت خود هستند.

### ساختار شخصیت

گلاسِر دیدگاه مقدسی از شخصیت دارد. او مفهوم فروید در مورد تقسیم‌بندی روان به عناصر ساختاری و سائقهای ناهوشیار را رد می‌نماید. او معتقد است که نیاز به داشتن هویت به ارث برده می‌شود. (گلاسِر و زونین ۱۹۷۳)

گلاسِر دو نیاز اساسی و بنیادی را شناسایی کرد «نیاز به دوست داشتن و دوست داشته شدن و نیاز به احساس ارزشمندی» چه در رابطه با خود و چه در رابطه با دیگران؛ (۱۹۶۵، صفحه ۹) اگرچه این دو نیاز از هم جدا هستند اما معمولاً وابسته به هم عمل می‌کنند. فردی که یکی از این نیازها را ارضا کرده باشد مثل این است که دیگری را هم ارضا کرده است. در هر صورت در رابطه با احساس ارزشمندی چه فرد را دوست بدارند و یا ندارند، او می‌بایست استانداردهای رضایتبخشی از زندگی را به دست آورد. معنی این مطلب تصحیح رفتار غلط و امتیاز دادن به خود زمانی که رفتار درستی را انجام می‌دهد، می‌باشد. (گلاسِر ۱۹۶۵)

## رشد شخصیت

رشد شخصیت نتیجه کوشش ارگانیسم برای ارضای نیازهای اساسی است. کسانی که یاد می‌گیرند تا این نیازها را ارضا نمایند، به صورت طبیعی رشد می‌کنند و خود را به عنوان انسانهایی موفق شناسایی می‌نمایند. کسانی که قادر به ارضای نیازهای اولیه خود نیستند، افرادی غیر مسئول قلمداد می‌شوند و خود را به عنوان انسانهایی شکست خورده شناسایی می‌نمایند. این رشد شخصیت یا هویت از طریق درگیری با دیگران به وجود می‌آید. گلاسر شخصیت را به عنوان چیزی که طی مراحل مختلفی رشد می‌کند، نمی‌داند اما بر اهمیت سنین پنج تا ده سالگی یعنی شروع ارتباطات در مدرسه تأکید می‌ورزد.

از آنجا که ما با توانایی ارضای نیازهایمان به دنیا نمی‌آیم و اصولاً این وظیفه به عهده والدین گذاشته می‌شود تا مهارت‌های لازم را در این مورد به کودکان بیاموزند لذا لازم است که والدین به کودکان خود از طریق نظم و انضباط، مسئول بودن را بیاموزند. مانند تأکید بر مقررات معقول از طریق روش‌های اثبات به صورت تعمدی. آنها باید از تنبیه احتراز کنند زیرا این کار نوعاً دلبخواهی صورت می‌گیرد و دمدمی و غیر مؤثر است. (دری کورز<sup>۱</sup> و گری<sup>۲</sup>، ۱۹۶۸، گلاسر ۱۹۷۲)

مهمترین کار والدین، درگیری آنها با کودکانشان است. (منظور از والدین پدر و مادر یا جانشین آنهاست.) به استثنای موارد غیر عادی، والدین تنها کسانی هستند که بچه‌ها برای دوست داشتن و دوست داشته شدن، دارند و کودکان حس خودارزشمندی را در تماس‌های صمیمی و دوستانه با والدینشان می‌توانند رشد دهند. تماسی که شامل ارضای ارتباطات دوجانبه فیزیکی، هیجانی و فکری است.

البته درگیری سالم، شامل رابطه دوستی و عشق است. رابطه‌ای که در آن والدین به صورت فعال به کودکان خود آموزش می‌دهند، نظم و ترتیب را به صورت دمکراتیک به

1. Driekurs

2. Grey

آنها یاد می دهند (نه تنبیه) و به آنها اجازه می دهند که خودشان از طریق تجربه کردن یاد بگیرند. چنین تربیتی موجب خلق محیطی می شود که در آن کودک قادر خواهد بود که هویت‌های موفق را بنیانگذاری نماید.

گلاسر تأکید می کند که معلم‌ها باید با دانش آموزان خود درگیر شوند، آموزش را مرتبط و مناسب نمایند و باعث شوند که دانش آموزان تجربیات موفقی در مدرسه داشته باشند. چنانچه والدین کودکی تجربیات یادگیری ضعیفی را در خانه برای او تدارک ببینند آنوقت آموزگاران این نفوذ و تأثیر را دارند که تجربیات مثبتی را در مدرسه فراهم سازند تا به کودک در به دست آوردن هویت موفق کمک کنند.

محیط مناسب خانه و مدرسه باعث رشد طبیعی کودک می شود. رشد طبیعی منجر به بالیدگی می شود- یعنی توانایی روانی برای ایستادن بر روی پاهای خود. افراد بالیده خود را به عنوان اشخاصی موفق شناسایی می کنند و مسئولیت آنچه که هستند و آنچه که انجام می دهند و آنچه که می خواهند را به عهده می گیرند. آنها همچنین قادرند که برنامه‌های مسئولانه را برای رسیدن به این اهداف و ارضای نیازهای خود تدارک ببینند. (السون ۱۹۷۹، گلاسر ۱۹۶۵، گلاسر و زونین ۱۹۷۳)

### رشد رفتار ناسازگار

زمانی که انسانها نتوانند یکی یا هر دو نیاز خود را (نیاز به دوست داشتن و نیاز به ارزشمند بودن) ارضا نمایند، آنوقت درد روانی را تجربه می کنند. درد (اضطراب) وجود مشکل را علامت می دهد و فرد را در مورد آن نیاز آگاه می سازد اینکه باید کاری در این مورد انجام دهد. طبق نظر گلاسر (۱۹۶۵) انسانها به طور غریزی از طریق درگیری با دیگران در جستجوی کاهش این درد هستند. چنانچه آنها در به وجود آوردن و حفظ درگیری با دیگران موفق شوند، درد کم می شود. در غیر این صورت درد افزایش می یابد.

شکست در درگیری با دیگران شروع يك دوره از شکست است: فقدان درگیری باعث عدم توانایی فرد جهت بر آوردن مهم ترین نیاز اساسی او می شود. این کار در عوض منجر به انکار آن نیازها و بر آن اساس انکار مسئولیت می شود یعنی دور شدن بیشتر فرد از درگیری با دیگران که در نهایت به سوی آنچه که گلاسر (۱۹۷۲) آن را

خود-درگیری<sup>۱</sup> نام نهاده است، هدایت می‌شود. به عنوان مثال؛ جستجو در درون فرد، درد ناشی از شکست را تسکین می‌دهد. درگیر شدن با خود موجب به وجود آمدن نشانه‌های روانی، اجتماعی و فیزیکی می‌گردد. مانند: افسردگی، هراس، رفتار ضد اجتماعی، الکلیسم و حتی بعضی از بیماری‌های جسمانی. «من معتقدم که هر نوع شرایط قابل تشخیص از نظر روانشناختی مثالی است از درگیری با افکار، رفتار، نشانه و یا هیجان فرد و یا ترکیبی از آنهاست.» (گلاس ۱۹۷۲، صفحه ۴۷). از آنجا که این خود-درگیری‌ها و این نشانه‌ها جایگزین درگیری با دیگران می‌شود، گلاس آنها را همراهان<sup>۲</sup> می‌نامد. انسانهای خود-درگیر خود را به عنوان شکست خورده شناسایی می‌کنند. آنها یاد نگرفته‌اند که مسئولانه رفتار نمایند، آنها یاد نگرفته‌اند که نیازهای خود را به صورت واقعی برآورده نمایند.

به نظر می‌رسد که تکوین هویت شکست در حدود سالهای چهار یا پنج سالگی صورت می‌گیرد. سنی که در آن بیشتر بچه‌ها وارد مدرسه می‌شوند. قبل از آن بچه‌ها خود را موفق می‌بینند زیرا آنها به طور کلی اجازه دارند که هر کاری را که می‌توانند انجام دهند. در مدرسه کودک باید آنچه را که دیگران از او می‌خواهند، انجام دهد و اغلب این کار بدون آشکار کردن ارتباطاتش صورت می‌گیرد (اگر وجود داشته باشد) و زمانی که کودک کاری را که از او خواسته بودند، انجام ندهد، بر چسب شکست خورده دریافت می‌کند.

گلاس معتقد است که دیگران-بخصوص والدین و معلمان-ممکن است به نوعی مسئول شکست اولیه کودک باشند. منظور، شکست در یادگیری برای برآوردن نیازهایش است. اما آنها هیچ مسئولیتی را برای شکست کنونی آن فرد در یادگیری قبول نمی‌کنند: در این نظریه مهم نیست که مشکل در کودکی شروع شده باشد یا دیروز، آنچه که مهم است این است که فرد در حال حاضر شکست خورده است. تقریباً در هر موردی مشکل مربوط به زمان حال است زیرا حالا ما تنها و شکست خورده هستیم. (گلاس ۱۹۷۲، صفحه ۵۶)

---

1. self - involvement

2. companions

همه انسانها باید مسئولیت رفتار کنونی خود را به عهده بگیرند. صادقانه به رفتار خود توجه کنند و مشخص نمایند که آیا این رفتار در ارضای نیازهای آنها کمکی می کند. (گلاسر ۱۹۶۵، ۱۹۶۹، ۱۹۷۲، گلاسر، وزونین ۱۹۷۳)

### نظریه مشاوره

#### دلیل تغییر

واقعیت درمانگران، معتقدند که رفتار ناسازگار می تواند تغییر یابد و مردم می توانند با دیگران درگیر شوند. کسانی که به مشاور مراجعه می کنند در جستجوی تغییر هستند زیرا انکار آنها از واقعیت، از «خود. درگیری» و از بی مسئولیتی، درد آنها را تسکین نداده است. گلاسر می گوید که مردم می خواهند خود را موفق و مسئول ببینند و از روابط میان فردی (اجتماعی) معنی دار لذت ببرند. رنج بردن را که مربوط به هویت شکست است بدون تغییر هویت نمی توان از بین برد. مثلاً تغییر در چگونگی فکر کردن، احساس کردن و رفتار کردن. کوشش ما برای تغییر، ریشه در درگیری معنی دار با دیگران دارد. تغییر در هویت فقط زمانی تحمل می شود که تغییر در رفتار در طول مدت زمان معینی ادامه یابد. در طول مشاوره، مشاور باید این نکته را روشن سازد که مشاوره خوشحال کردن مراجع نیست در حالی که رفتار مسئولانه این کار را می کند. تنها مراجع می تواند خود را خوشحال سازد و این کار زمانی صورت می گیرد که مراجع علاقمند به روبرو شدن با واقعیت و پذیرفتن مسئولیت باشد.

#### فرایند مشاوره

گلاسر (۱۹۶۵) درمان را به عنوان نوعی اصلاح اعمالی که والدین انجام داده اند، می داند. درمانگر آنچه را که والدین قبلاً می بایست انجام می دادند، حالا انجام می دهد. اصول واقعیت درمانی به عنوان نوعی راهنما برای فرایند مشاوره و فهرستی از شیوه هاست. (ایوان ۱۹۸۲، گلاسر ۱۹۷۲، گلاسر و وزونین ۱۹۷۳). همچنانکه شما خواهید دید این «اصول» به طور روشن، فرایند مشاوره را توضیح نمی دهد بلکه ترتیب ارائه و عرضه آنها را به چنین طرحی نزدیک می کند.



درگیری برای مؤثر بودن واقعیت درمانی، مشاور باید با مراجعان درگیر شود. او باید ارتباط خود را بر اساس همدلی، علاقه و توجه به مراجع برقرار نماید. درگیری در چارچوب مدرسه به معنای این است که این مدرسه (کلاس) جایی است که کودک می‌خواهد در آنجا باشد. «مهم‌ترین مهارت برای به کارگیری شیوه واقعیت درمانی، توانایی خود درمانگر برای درگیری است.» (گلاسر ۱۹۶۵، صفحه ۲۲)

رفتار جاری و متداول هیچکس نمی‌تواند بدون آگاهی از رفتار جاری و متداول خود، هویت موفق را به دست آورد. مشاور به همراه کوششهای مداوم برای درگیری، به مراجعان به طور مستمر کمک می‌کند تا هوشیارانه و به تفصیل از رفتار خود در زمان حال آگاهی یابند. تأکید بر این است که پیرسند «تو چکار می‌کنی؟» نه اینکه «تو قبلاً چکار می‌کردی؟»

قضاوت ارزشی در مرحله سوم، مراجعان به رفتار خود توجه می‌کنند و در پرتو اهداف و ضرورت‌های دنیای واقعی آن را مورد قضاوت ارزشی قرار می‌دهند. مشاور از آنها می‌خواهد که رفتار خود را بر اساس اینکه آیا آن رفتار برای آنها و افراد مهم زندگیشان خوب است یا بد، مورد قضاوت قرار دهند. همچنین مراجعان در این مورد نیز قضاوت می‌کنند که آیا رفتار آنها از نظر اجتماعی مورد قبول است یا خیر.

طرح یا نقشه برای رفتار مسئولانه زمانی که مراجعان در مورد رفتارشان قضاوت ارزشی نمودند، مشاور به آنها کمک می‌کند تا یک طرح یا نقشه برای اجرای آن قضاوت تدوین نمایند. بخشی از کار مشاور این است که مطمئن شود طرح یا نقشه خارج از توانایی و بدون ارتباط با انگیزشهای مراجع برای اجرای آن نباشد. چنانچه طرح داده شده مؤثر نبود، باید کنار گذاشته شود و طرح دیگری جایگزین آن گردد.

تعهد داشتن یک طرح خوب به معنی این است که مراجع مطمئناً آن را خوب انجام می‌دهد. بنابراین واقعیت درمانگر می‌بایست از او تعهد بگیرد. اصولاً این تعهد به خود درمانگر داده می‌شود اما سرانجام بعد از اینکه مراجعان حس خودارزشمندی را کسب نمودند، آنوقت می‌توانند این تعهد را به خودشان بدهند.

بدون عذر و بهانه زمانی که مراجعان به تعهد خود عمل نمی‌کنند، قضاوت

ارزشی آنها می‌بایست دوباره بررسی شود. اگر چنانچه هنوز هم معتبر است، آنوقت طرح می‌بایست بررسی گردد، اگر طرح مستدل باشد آن وقت مراجعان یا باید تعهد دوباره بدهند و یا آن طرح را رد کنند. اگر آن را رد کردند یا باید طرح جدیدی را تدوین نمایند و یا درمان را ترك کنند، اگر طرح را رد نکنند آن وقت مشاور می‌بایست آنها را همچنان متعهد نگه دارد و هیچ عذر و بهانه‌ای را برای شکستی که در اجرای طرح خورده‌اند، نپذیرد.

**بدون تنبیه** تنبیه هر نوع رفتار با فردی دیگر است که درد جسمانی یا روانی را موجب می‌گردد. هدف تنبیه تغییر رفتار فرد تنبیه شده است. هدف واقعی آن این است که به تنبیه کننده اجازه دهد برای کاری حقیقی و یا خیالی انتقام بگیرد و تلافی کند. در هر صورت تنبیه در درگیری، احتمال هر نوع تغییر را از بین می‌برد از طرف دیگر پیامدهای منطقی و مورد توافق رفتار غیر مسئولانه تنبیه نبوده و ارتباطی با درگیری ندارد.

### اهداف مشاوره

هدف اصلی واقعیت درمانی کمک به مراجعان است تا احساس مسئولیت کنند و از طریق مسئولیت شخصی هویت موفق را به دست آورند. به هر حال گلاسر اصرار دارد که هویت محصول فرعی عمل مسئولانه است. علاوه بر هدف اصلی مسئولیت، مراجعان بیشتر اهداف آنی را در نظر دارند مانند کنترل وزن یا بهبود رابطه میان فردی خاص. در مفهومی وسیع‌تر، مشاوران پیرو واقعیت درمانی سعی دارند که به مراجعان خود رویکرد به زندگی یا نظامی برای زندگی کردن را بیاموزند. (گلاسر و زونین ۱۹۷۳)

### آموزش مشاور

مؤسسه واقعیت درمانی در سال ۱۹۶۷ در لوس آنجلس بنیانگذاری شد. این مؤسسه نظریه و شیوه واقعیت درمانی را در طی سمینارهای فشرده یک هفته‌ای آموزش می‌دهد. مؤسسه از زمان تأسیس تاکنون سمینارهای مختلف آموزشی را در سرتاسر آمریکا و کانادا برگزار کرد سمینارها شامل سخنرانی مقدماتی و پرسش و پاسخ است که بخشی از یک روز را پر می‌کند. بقیه هفته را شرکت کنندگان در گروه‌های هفت تا یازده نفری به همراه یک مربی شرکت می‌کنند. این کار فرصتی است که آنها ایفای نقش و توجه شخصی را تجربه کنند. کسانی که مایلند آموزش بیشتری در این مورد ببینند، یک

کارورزی سرپرستی شده شش ماهه لازم است. چنانچه فرد مایل است که گواهینامه واقعیت درمانی را دریافت نماید، آنوقت باید بعد از کارورزی اول، سمینار فشرده دوم را گذرانده و در یک دوره کارورزی شش ماهه شرکت کند. چنانچه کارورزی نهایی با موفقیت پایان یابد، سرپرست فرد آموزش دیده را برای دریافت گواهینامه معرفی می نماید. در حال حاضر گواهینامه تنها در لوس آنجلس و زیر نظر دکتر گلاسراخذ می گردد.

از آنجا که ثبت نام و نام نویسی برای تعداد معدودی از افراد است، لذا اطلاعات و محفوظات زیادی برای شرکت در سمینارها لازم است. هزینه ای که شرکت کننده می پردازد شامل آموزش، مواد، ناهار روزانه و یک شام است و شامل دیگر وعده های غذا و مسکن نمی شود. برای کسب اطلاعات بیشتر با مؤسسه واقعیت درمانی مکاتبه نمایید.<sup>۱</sup> (گلاسرا ۱۹۸۲)

### کارکرد مشاور

مشاوره واقعیت درمانی یک نوع فرایند یادگیری است که بر محاوره معقول بین مراجع و مشاور تأکید می کند. مشاور کاملاً آموزشی عمل می کند و درباره زندگی کنونی مراجع سوالات فراوانی می پرسد. تأکید سؤالها بیشتر بر هدایت مراجع به سوی آگاهی بیشتر از رفتارش، قضاوت ارزشی در مورد آن رفتار و سپس طرح ریزی برای رفتار مسئولانه می باشد. مشاوران پیرو واقعیت درمانی همچنین به صورت کلامی فعال هستند به عنوان مثال آنها از اینکه مراجع را در یک محاوره جالب و لذت بخش که هیچ ارتباطی هم به درمان ندارد مشغول کنند، ابایی ندارند. آنها شوخی و مزاح می کنند (البته منظور طعنه و مسخره نیست) و حتی بحثهای تند و داغ هم می کنند. در اکثر موارد زمانی که مشاور عذر و بهانه مراجع را نمی پذیرد، مواجهه کلامی نیز صورت می گیرد. (السون ۱۹۷۹) البته این محاوره یک محاوره کاملاً سقراطی نیست اما چیزی شبیه به آن نوع ارتباط است.

مشاور پیرو واقعیت درمانی اساساً یک معلم است «گفتن این مطلب به مرد گرسنه ای

که او باید غذای کمی بخورد در حالی که می داند غذای فراوانی وجود دارد، بسیار مشکل است. وظیفه درمانگر این است که بیمار را متقاعد نماید که او گرسنگی را انتخاب کرده است. چنانچه او بیرون برود و جستجو کند، آنوقت می بیند که در اطراف او مقدار زیادی غذا وجود دارد. و درمانگر تنها کسی نیست که غذا دارد.» (گلاس ۱۹۷۲، صفحه ۷۹)

در توضیح اهمیت درگیری، گلاس (۱۹۶۵) ویژگی هایی را بیان می کند که او در واقعیت درمانگران جستجو می کند. اول اینکه درمانگران باید مسئول، محکم، علاقه مند، انسان و حساس باشند. آنها باید قادر به تأمین نیازهای خود باشند و مایل باشند که دیگران مخصوصاً مراجعان را در تلاشهای خود سهیم کنند. درمانگران باید همدلی را تجربه و بر آن اساس ارتباط برقرار کنند تا مراجعان منزوی و دارای هویت شکست را نیز بپذیرند و بالاخره و مهم تر از همه اینکه درمانگران باید قادر به درگیری عاطفی با هر مراجعی باشند. البته این درگیری یک نوع تسهیل کننده است نه یک نوع بهره کشی. مشاوران پیرو واقعیت درمانی معلمانی هستند که دانش آموزان خود را از ضعف و بی مسئولیتی به قدرت و مسئولیت، از درد به لذت و از ارضا نشدن به ارضا شدن هدایت می نمایند.

### تمرین مشاوره

#### تکنیک های عمده

گلاس مشاوره را نوعی یادگیری می داند و چیز زیادی درباره روشهای ویژه آن نمی گوید پیشنهاداتی هم که او در این مورد می کند معمولاً با اصول هشتگانه فرایند عمل که قبلاً بحث گردید ارتباط و پیوند دارند. گلاس و زونین (۱۹۷۳) جهت درگیری پیشنهادات خاصی را به مشاور می کنند. آنها می گویند که مشاور از ضمایر شخصی استفاده کند («من»، «ما»، «تو» و هرگز از ضمایر «او» و «آنها» استفاده نکند). مراجع تشویق گردد تا رفتاری خوش بینانه و دوستانه داشته و خود را آشکار و بیان نماید. مشاور باید با مراجع در مورد موضوعات مختلف زیادی صحبت کند. به علایق و موفقیت های مراجع توجه خاصی مبذول گردد. اینکه او چه کاری را درست انجام می دهد.

واقعیت درمانگران بر رفتار تأکید می کنند. آنها در برخورد با مراجعانی که می گویند

«من ناراحت‌م» از او نمی‌خواهند که احساسات خود را در این رابطه با دقت شرح دهد، بلکه از او می‌پرسند که «تو برای ناراحت کردن خود داری چه کار می‌کنی؟»

واقعیت درمانی بر زمان حال تأکید دارد. چنانچه در مورد گذشته بحث و صحبت شود تنها به دلیل ارتباط آن با زمان حال است. گلاسرو زونین معتقد بودند که از جمله کارهایی که مشاوران پیرو واقعیت درمانی می‌بایست انجام دهند، تشریح تجربیات مربوط به گذشته مراجع است تجربیاتی که منش او را به وجود آورده‌اند و همچنین می‌بایست انتخابهای احتمالی و تجربیات موفق مراجع را (نه شکست‌ها) توصیف کنند.

واقعیت درمانی مراجعان را به سوی ارزیابی رفتارشان در پرتو هدفهایشان هدایت می‌کند و درمانگر هرگز به جای مراجع قضاوت نمی‌کند بلکه سؤال می‌کند، «آیا این رفتار کمکی به ارضای نیازهایتان می‌کند؟» اگر مراجع جواب بدهد که «نمی‌دانم» یا «با این کار احساس خوبی داشتم». آنوقت مشاور بر سؤال خود پافشاری می‌کند. «آیا این رفتار نفعی برای شما داشت؟» اگر مراجع رفتار را به عنوان رفتاری غلط ارزیابی کرد، آنوقت مشاور نباید حرف او را تأیید کند. از طرف دیگر اگر مراجع رفتار را تحت شرایطی خوب ارزیابی نماید، مشاور نباید در آن مورد بحث کند. فقط مراجع است که می‌تواند در مورد رفتارش قضاوت ارزشی بنماید. به هر حال مشاور می‌تواند مراجع را به گونه‌ای هدایت نماید که در چارچوب وسیع‌تری رفتار خود را ببیند. (مثلاً اثرش را بر روی دیگران)

قضاوت ارزشی، باید همراه با یک برنامه و نقشه واقعی جهت اجرای آن قضاوت باشد. مشاور باید این مرحله را با سؤال کردن آغاز نماید. «طرح و نقشه شما چیست؟» «آیا تو نظری در مورد چگونگی اجتناب از این مشکل داری؟» از برنامه نباید بیش از حد انتظار داشت زیرا احتمال شکست نیز وجود دارد و بنابراین ممکن است شکست کنونی تقویت شود. از طرف دیگر طرح و نقشه باید تا حدودی جاه طلبانه یا بلندپروازانه باشد تا تغییری مشاهده شود. طرح‌ها و نقشه‌ها، هرگز طرح‌های نهایی نیستند. اگر یکی از آنها مؤثر نباشد می‌توان نقشه‌های جانشینی یا پیشنهادی را جایگزین کرد.

زمانی که طرح یا نقشه آماده شد، از مراجع خواسته می‌شود که برای انجام و عمل به آن تعهد بدهد. اگر مراجع به جای آنکه به خود تعهد بدهد، به مشاور تعهد بدهد احتمال

موفقیتش بیشتر است. «من این کار را به خاطر تو انجام می‌دهم.»

واقعیت درمانگر، عذر و بهانه را نمی‌پذیرد. بنابراین «چرا» يك سؤال نامربوط است. درمانگر بسادگی می‌پرسد: «آیا می‌خواهی تعهد خود را انجام دهی یا نه؟» «اگر می‌خواهی پس کی؟» یا «این نقشه خوب نبود، بیا نقشه دیگری بریزیم.»

جملات انتقادی و سرزنش هرگز در واقعیت درمانی به کار گرفته نمی‌شوند زیرا این نوع جملات تنبیه کننده هستند. زمانی که نقشه آماده شد مشاور به همراه مراجع نتایج طبیعی یا منطقی ناشی از شکست مراجع از اجرای نقشه را مورد بررسی قرار می‌دهد. تعیین کردن محدودیت‌هایی از مهم ترین کارهای واقعیت درمانگر است. منظور فقط تعیین محدودیت‌هایی برای درمان نیست بلکه محدودیت‌هایی که زندگی بر فرد تحمیل می‌کند را نیز شامل می‌شود. قرار دادی که قبلاً در مورد آن صحبت شد يك نوع تعیین محدودیت است. (السون ۱۹۷۹)

گفتگوهای سازنده یا بحث‌های منطقی ممکن است در مورد بعضی از مراجعان به درمان منجر شود. شوخ طبعی نیز می‌تواند بخشی از کار مشاور باشد. از مواجهه نیز بخصوص زمانی که عذر و بهانه پذیرفته نمی‌شود، استفاده می‌گردد. به طور کلی واقعیت درمانگر سعی دارد که در زندگی مراجع خود را درگیر نماید. (گلاس، زونین ۱۹۷۳)

### پارامترهای درمان

مشاور و مراجع به گونه‌ای می‌نشینند که همدیگر را ببینند. اکثر واقعیت درمانگران هفته‌ای يك بار با مراجعان خود ملاقات می‌کنند. آنها بندرت و برای مدت کمی ممکن است مراجعان خود را دوبار در هفته ببینند. معمولاً طول مدت هر جلسه قابل تغییر و انعطاف پذیر است ولی به طور کلی نزدیک به چهل و پنج تا شصت دقیقه می‌باشد. هیچگونه دستمزد خاص توصیه نمی‌شود. (گلاس و زونین ۱۹۷۳)

### موردپژوهی

موردپژوهی زیر از السون ذکر می‌گردد. (۱۹۷۹ صفحات ۳۱۱-۳۰۸) نورمن چهارده ساله، دانش آموز سال اول دبیرستان است که نمرات درسی او در سطح پایینی است. والدین نورمن با کمک مشاور مدرسه تکالیف و برنامه‌های مطالعاتی خاصی را در مورد او به

اجرا گذاشتند تا بدان وسیله نورمن حضور فعالتری در مدرسه داشته باشد. ولی متأسفانه هیچیک کارگر نیفتاد همه احساس درماندگی و ناکامی می کردند. والدین نورمن او را به یک کلینیک خصوصی نزد یک مشاور متخصص واقعیت درمانی ارجاع دادند.

مشاور در اولین مصاحبه با والدین نورمن، دریافت که نورمن در منزل نیز مشکل دارد و از انجام امور روزمره امتناع می ورزد. با والدین خود به صورت اهانت آمیزی صحبت می کند. با خواهرهای بزرگتر و کوچکتر خود می جنگد، و دو شب بدون اجازه بیرون از منزل خوابیده است. متعاقب آن مشاور با نورمن و والدین او همزمان و دوبار هم با خود نورمن به تنهایی ملاقات کرد. در جلسه سوم بود که صحبت‌ها بیشتر در خصوص علاقه زیاد نورمن به آشپزی دور می زد.

مشاور: بنابراین تو از کلاس اقتصاد خانواده لذت می ببری و مایلی که روزی آشپز شوی.  
مراجع: بله فکر می کنم کار جالبی باشد. شنیده‌ام که آشپزها پول خوبی می گیرند. این طور نیست؟

مشاور: نمی دانم ولی مطمئناً می توانیم جوایش را پیدا کنیم. تو برای اینکه آشپز شوی باید چکار کنی؟ آیا می دانی؟

مراجع: حالا... مطمئن نیستم... حدس می زنم که باید به مدرسه آشپزی یا جایی شبیه آن بروم.

مشاور: فکر می کنم درست می گویی، خوب چگونه وارد مدرسه آشپزی می شوی؟  
مراجع: نمی دانم.

مشاور: آیا باید دبیرستان را تمام کنی؟  
مراجع: نمی دانم... فکر می کنم.

مشاور: نظرت در این مورد چیست؟ منظورم تمام کردن دبیرستان است.  
مراجع: نمی دانم احتمالاً برایم غیر ممکن است.

مشاور: اما اگر تو از دبیرستان فارغ التحصیل شوی، می توانی به کلاس آشپزی بروی.  
مراجع: بله فکر می کنم همین طور است ولی چرا باید دبیرستان را تمام کنم؟ این کار احتمالقانه است.

مشاور: مطمئن نیستم؛ اما فکر می‌کنم که آنها می‌خواهند دانش آموزان قادر به خواندن و نوشتن باشند تا بتوانند دستورالعملهای آشپزی را اجرا کنند... یا آن را اضافه و کم نمایند و کارهایی اینچنین انجام دهند.

مراجع: من همه این کارها را می‌توانم انجام دهم پس چرا باید دبیرستان را تمام کنم؟

مشاور: نمی‌دانم نور من، اما به نظر می‌رسد که باید این طور باشد.

مراجع: من نمرات نیم ترم را گرفتم.

مشاور: جدی! چطور بود؟

مراجع: خیلی خوب نبود.

مشاور: نور من، دوست دارم که بدانم دقیقاً چه نمراتی گرفتی؟

مراجع: من در اقتصاد خانه B گرفتم، در هنر و موسیقی D، در انگلیسی F و در ریاضیات F

در علوم اجتماعی F

مشاور: پس اقتصاد خانواده مطمئناً موضوع مورد علاقه توست! ورزش چطور؟

مراجع: خوب من با تیم شنا کار می‌کردم ولی به سالن ورزش نمی‌رفتم البته موفق هم شدم.

مشاور: آفرین من فراموش کردم که تو شنا هم دوست داری.

مراجع: بله بله.

مشاور: منظورت از این جمله که با تیم شنا کار می‌کردم چیست؟

مراجع: جمعه گذشته مربی به من گفت که یا باید از تیم بیرون بروم و یا نمراتم را بالا ببرم.

حدس می‌زنم که با وجود سه F دیگر بتوانم در تیم مدرسه عضو باشم.

مشاور: خیلی بد شد.

مراجع: من هم گفتم.

مشاور: نور من بگذار ببینم آیا درست فهمیدم یا نه، تو می‌خواهی يك آشپز بشوی و معنی

این کار این است که دبیرستان را تمام کنی. تو می‌خواهی در تیم شنا هم عضو باشی

و معنی آن این است که نمرات مدرسه ات بهتر شود... تو هم مدرسه را دوست

نداری.

مراجع: درست است.



- مشاور: چه کار می‌کنی که باعث می‌شود مدرسه را دوست نداشته باشی؟
- مراجع: هیچ کاری. موضوع بر سر آن معلم‌های پست است.
- مشاور: در هر صورت بگو که چکار می‌کنی، سخت‌ترین کلاس کدام است؟
- مراجع: انگلیسی. ازش متنفرم.
- مشاور: در کلاس انگلیسی چه می‌گردد؟ امروز چه کار کردی؟
- مراجع: من فقط رفتم سر کلاس، همین.
- مشاور: سر وقت به کلاس رسیدی؟
- مراجع: نمی‌دانم به نظرم کمی دیر رسیدم.
- مشاور: بعد از اینکه زنگ را زدند؟
- مراجع: بله به نظرم.
- مشاور: آنوقت چی؟
- مراجع: خوب من نشستم و...
- مشاور: کجا؟ کدام قسمت کلاس؟
- مراجع: به نظرم عقب کلاس.
- مشاور: کنار چه کسی نشستی؟
- مراجع: يك طرف من جرج بود و طرف دیگر من مری... فکر می‌کنم.
- مشاور: جرج و مری چه کاری در رابطه با انگلیسی انجام دادند؟
- مراجع: فکر می‌کنم آنها هم در انگلیسی زیاد خوب نیستند، مثل من.
- مشاور: آنوقت چی؟
- مراجع: خوب هیچ... فقط نشستم، همین طوری.
- مشاور: از معلم سؤال کردی؟ کارهایت را انجام دادی؟
- مراجع: من از آن کلاس متنفرم.
- مشاور: نورمن بگذار چیزی از تو بپرسم، تو می‌خواستی در تیم شنا باشی و می‌خواهی که به مدرسه آشپزی بروی هر دوی این کارها نیاز به پیشرفت و موفقیت تو در مدرسه دارد. اگر فکر کنی که امکان بهتر شدن را داری آیا کارهایت را بهتر انجام می‌دهی؟

مراجع: بله اما ناامید کننده است. معلم‌ها به من نمره بهتری نمی‌دهند.

مشاور: بله درست می‌گویی آنها به تو نمره نمی‌دهند. فکر می‌کنی بتوانی کارها را بهتر انجام دهی و طرز فکر معلم را در مورد خودت عوض کنی؟

مراجع: شك دارم

مشاور: بگذار چند لحظه‌ای در این مورد فکر کنیم... تو به کلاس دیر رسیدی... آیا دیر رسیدن برای بهتر شدن کارها به تو کمک می‌کند یا اینکه به تو ضرر می‌رساند.

مراجع: احتمالاً ضرر می‌رساند.

مشاور: من هم همین فکر را می‌کنم در مورد نشستن با جرج و مری در عقب کلاس چه فکر می‌کنی؟

مراجع: احتمالاً آن هم به من ضرر می‌رساند.

مشاور: در مورد دست بلند نکردن، سؤال نکردن و... فعال نبودن چی فکر می‌کنی؟

مراجع: آن هم ضرر دارد.

مشاور: من دوباره از تو سؤال می‌کنم آیا می‌خواهی که وضع را تغییر دهی و کارها را بهتر انجام دهی؟

مراجع: بله می‌خواهم.

مشاور: پس برنامه‌ات چیست؟ من چگونه می‌توانم به تو کمک کنم.

مراجع: خوب من فکر می‌کنم که می‌توانم آنچه را که شما در موردش صحبت کردید عوض کنم.

مشاور: منظورم سر وقت آمدن به کلاس است؟ دیگر چه؟

مراجع: می‌توانم جای خودم را عوض کرده و فعالتر باشم.

مشاور: آفرین، مایک برنامه سه مرحله‌ای درست کرده‌ایم. بهتر است آن را بنویسیم.

بعد از نوشتن برنامه، مشاور از نورمن پرسید آیا مایل است آن را در هفته آینده اجرا نماید گرچه نورمن در هفته اول به تعهداتش عمل کرد اما زمانی که خواست این برنامه را در مورد کلاس ریاضی اجرا نماید شکست خورد. مشاور عنر او را برای این شکست نپذیرفت. اما برنامه اصلاح شد و در حالی که نورمن به تعهد خود عمل می‌کرد، این برنامه را

در مورد همه کلاسهایش به کار بست. هر موفقیتی منجر به موفقیت بعدی شد، نورمن دوباره در کلاس شنا شرکت کرد و رفتارش در منزل بهبود یافت. قبل از خاتمه مشاوره نورمن و مشاور چندین کلاس آموزش آشپزی را هم پیدا کردند.

**کاربرد**

مشکلاتی از جمله اضطراب، ناسازگاری، تضادهای زناشویی، انحراف، روان پریشی‌ها و بزهکاری همگی از طریق واقعیت درمانی با موفقیت معالجه شده‌اند. از طرف دیگر از آنجا که رویکرد واقعیت درمانی بسیار عقلانی و کلامی است لذا این روش برای اشخاص در خود فرو مانده و یا کسانی که بشدت عقب مانده هستند، مؤثر نیست.

(السون ۱۹۷۹، صفحه ۳۱۲)

اصول واقعیت درمانی جدای از درمان می‌تواند به طور مؤثری توسط والدین با فرزندانشان، معلمان با دانش آموزانشان، کشیشان با مردم و کارفرمایان با کارکنانشان به کار رود (گلاس ۱۹۷۶) به هر حال مستقیم‌ترین و احتمالاً موفقیت‌آمیزترین کاربرد آن در برنامه مدارس بدون شکست است. (گلاس ۱۹۶۹)

## نقد

### پشتوانه پژوهشی

تا آنجا که توانسته‌ام از طریق بانک اطلاعاتی کامپیوتر جستجو کنم، تاکنون مطالعه مهم و بلندمدتی در مورد واقعیت درمانی به عنوان یک درمان پیدا نکرده‌ام. البته مطالعاتی درباره اصول و روشهای واقعیت درمانی در چارچوب مدرسه انجام شده است که نتایج آنها متفاوت است.

انگلیش<sup>۱</sup> (۱۹۷۰) هاوس<sup>۲</sup> (۱۹۷۱) به نتایج مثبتی از به کارگیری این روش در کاهش مشکلات انضباطی، افزایش کارایی در مدرسه و بالا بردن احساس مسئولیت دست

1. English

2. Hawes

یافتند. مینک<sup>۱</sup> و واتس<sup>۲</sup> در سال ۱۹۷۳ گزارش موفقیت آمیزی از به کار بردن استراتژی واقعیت درمانی در مشاوره با دانشجویان غیر سنتی، در یک کالج را گزارش کرده‌اند، آنها دریافتند که دانشجویان از طریق این برنامه تغییر مهمی از حالت تمرکز بیرونی به درونی پیدا کرده‌اند (روتر<sup>۳</sup> ۱۹۶۶) که این همراه با بهتر شدن نمرات آنان بوده است. آنها همچنین مشاهده کرده‌اند که این دانشجویان به میزان قابل توجهی علاقه دارند که بیش از بقیه دانشجویان معمولی در محیط مدرسه باقی بمانند. برایینگ<sup>۴</sup> (۱۹۷۹) دریافت که معلمان مدارس راهنمایی با گذراندن ۲۰ ساعت آموزش اصول واقعیت درمانی به مقدار زیادی رفتارشان نسبت به انضباط دانش آموزان و محیط مدرسه بهبود پیدا کرده اما به هر حال در نگرش دانش آموزان نسبت به خودشان و یا بدرفتاری آنها هیچگونه تغییر مهمی پدیدار نشده است. مطالعات دیگر (نظیر برانون<sup>۵</sup> ۱۹۷۸، گنگ<sup>۶</sup> ۱۹۷۵، لاسپینا<sup>۷</sup> ۱۹۷۶، شرن<sup>۸</sup> و راندولف<sup>۹</sup> ۱۹۷۸) یا نتیجه‌ای نداشته‌اند و یا نتایج کمی را نشان داده‌اند. اغلب این مطالعات مشکل طراحی و روش شناختی دارند.

### ارزیابی

گلاسر زمانی بر تعهد و عمل تأکید می‌کند که بینش را شرط لازم و کافی برای تغییر می‌داند. السون (۱۹۷۹) محدودیتهای عمده آن را به شرح زیر بیان کرده است:

موفقیت واقعیت درمانی احتمالاً بر توانایی کلامی و شناختی مراجع استوار است. به نظر می‌رسد که تأکید گلاسر بر رفتار تا بدانجاست که احساس را کنار می‌گذارد. البته

- 
1. Mink
  2. Wats
  3. Rotter
  4. Braying
  5. Brannon
  6. Gang
  7. Laspina
  8. Shearn
  9. Randolph

نمی‌توان ارتباط توأم با همدلی و تفاهم را بدون واکنش نشان دادن به احساسات مراجع، برقرار کرد. بدون يك همدلی عمیق چگونه يك مشاور می‌تواند با مراجع درگیر شده و این درگیری را حفظ کند؟ به نظر می‌رسد که با عدم وجود تکنولوژی تغییر مشخص (شیوه‌های درمانی مشخص) روبرو هستیم که این فقدان بشدت درجه تأثیرات مشاوران غیر مبتکر را محدود می‌کند؛ بالاخره در استفاده از واژه‌هایی نظیر «مسئولیت» و «درست یا صحیح» سر در گمی‌هایی وجود دارد.

اما به هر حال این محدودیت‌ها هنگامی که با نقاط قوت و مساعدتهای واقعیت درمانی مقایسه می‌شود، کم اهمیت تلقی می‌گردد. بویژه آنکه واقعیت درمانی، درمانی کوتاه مدت است که تکیه بر نقاط قوت دارد و به مراجع می‌آموزد که چگونه نقاط ضعف خود را حذف یا به حداقل برساند. نکته قابل توجه این است که گلاسريك بر نامه مؤثر کوتاه مدت و ساده‌ای را برای آموزش مشاوران واقعیت درمانی تهیه کرده است.

به نظر من اینکه بر احساسات تأکید نمی‌شود شاید بیش از حد مبالغه شده و برداشت نادرستی از عقاید گلاسريك باشد. تا آنجا که من می‌دانم برخی از مشاوران (و نه مکاتب مشاوره) فکر می‌کنند که بازتاب احساسات همه آن چیزی است که يك مشاور باید انجام دهد. گلاسريك می‌گوید که مشاور باید انعکاس احساسات را در طول درمان ادامه بدهد، تا بتواند با مراجع درگیر شود اما از آنجا که احساسات تابع رفتار است شما نمی‌توانید به مراجع کمک کنید تا وضعیت زندگیش را تغییر بدهد مگر آنکه به رفتاری که منجر به آن نوع احساسات شده است اهمیت داده شود.

مهم‌ترین نقطه قوت واقعیت درمانی کاربرد آن در مورد سلامت روانی به عنوان يك عامل پیشگیری است و تأکید بر نقاط قوت به جای از بین بردن نقاط ضعف می‌باشد. اساس فلسفی این رویکرد که دیدی مثبت دارد بر مسئولیت شخصی و علاقه بشری تأکید می‌کند. واقعیت درمانی دیدگاهی است در مورد زندگی و برای فرد و جامعه که می‌تواند منافع بسیار زیادی را در بر داشته باشد.

## رفتار درمانی<sup>۱</sup>

در هر يك از رویکردهایی که تاکنون در این کتاب معرفی گردیده، يك نفر نیز به عنوان مسئول اصلی بنیانگذاری و رشد آن مکتب معرفی شده است. (به غیر از رفتار درمانی). البته این کار به معنی انحراف از روش معمول نیست زیرا که ما تنها يك نوع رفتار درمانی نداریم بلکه چندین نوع از آن وجود دارد. از آنجا که امکان معرفی يك نفر به عنوان مؤسس رفتار درمانی وجود ندارد و ضمناً نمی توان تاریخچه زندگی همه رفتارگرایان را نیز نوشت (زیرا این کار يك کتابخانه کوچک را پر می کند.) لذا تصمیم گرفتیم که از بخشی که در همه رویکردها وجود دارد یعنی زمینه شخصی یا شرح حال صرف نظر کرده و به جای آن تاریخچه رشد رفتارگرایی را به عنوان نوعی درمان خلاصه نماییم. برای این کار مطمئناً لازم است طرز عمل کسانی که مسئول این رشد و تحول بوده اند، ذکر گردد.

## تحول تاریخی

انسانها از زمانی که به وجود آمدند، به رفتار و تغییر رفتار علاقه‌مند بودند. گرچه که نیاز به خوردن، غارنشینان را به سوی خوردن سوق می‌داد ولی آنها بعضی از غذاها را مطبوع تر و لذیذتر از بقیه یافتند و تمایل به غذای خوشمزه‌تر پیدا کردند. هرچند که در آن زمان اسکینری وجود نداشت که به آنها بگوید شما دارید اصول شرطی‌سازی کنشگر<sup>۱</sup> را دنبال می‌کنید. در خلال رشد روان‌شناسی در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم، نارضایتی از روشهای جاری روان درمانی نیز به همراه آن آشکار شد. روان‌شناسان از این نیاز مطلع شدند که لازم است دقت بیشتری در مورد مطالعه شخصیت و تغییر رفتار صورت گیرد. دانشمندانی مانند ایوان پاولف<sup>۲</sup> در روسیه، ثورندایک<sup>۳</sup>، جان واتسون<sup>۴</sup> ادوارد تولمن<sup>۵</sup>، جرج گاتری<sup>۶</sup>، کلارک هال<sup>۷</sup> و اسکینر<sup>۸</sup> در آمریکا شروع به مطالعه آزمایش قوانین یادگیری و کاربرد آن قوانین در رفتار نمودند.

تاریخ رفتار درمانی می‌بایست با نام جان واتسون شروع شود (هرچند پاولف آزمایشات خود را قبل از واتسون شروع نمود). واتسون کسی بود که واژه رفتارگرایی را ابداع کرد و بر رفتار قابل مشاهده تأکید نمود. در طول مدت بین دو جنگ جهانی (۱۹۴۰-۱۹۲۰) تعداد روان‌شناسان رفتارگرا در آمریکا زیاد شد. در حالی که در اروپا روان‌شناسی پویا<sup>۹</sup> - به خصوص روان‌کاوی - پیشرفت نمود. بعد از جنگ جهانی دوم تقاضا برای خدمات بهداشت روانی به طور چشمگیری افزایش یافت و در نتیجه تعداد بیشتری از روان‌شناسان بالینی متخصص، اجازه روان درمانی یافتند (آنها قبلاً فقط اجازه استفاده از

---

1. operant conditioning

2. Ivan Pavlov

3. Thorndike

4. John. B. Watson

5. Tolman

6. Guthrie

7. Clark Hall

8. B. F. Skinner

9. dynamic Psychology

آزمونهای تشخیصی را داشتند.) هجوم روش علمی به همراه تشدید نارضایتی از روشهای موجود و هزینه بالای روان درمانی پویا باعث رشد و تحول رفتار درمانی شد. (مورس<sup>۱</sup> و واتسون<sup>۱۹۷۷</sup>)

تورسن<sup>۲</sup> و کوتز<sup>۳</sup> (۱۹۷۸) رشد رفتار درمانی را براساس رشد و تحول نوع بشر مقایسه قیاسی نمودند. آنها اشاره داشتند به اینکه دوران نوجوانی رفتار درمانی به وسیله ۵ مقاله اصلی مشخص می شود. مقاله لیندسلی<sup>۴</sup> (۱۹۵۶) در مورد «استفاده از شرطی سازی کنشگر با بیماران روان رنجور و روان پریش»، مقاله ولپ<sup>۵</sup> (۱۹۵۸) «امتداد شرطی سازی کلاسیک تا روان درمانی به وسیله بازداري تقابلی»، مطالعات بندورا<sup>۶</sup> (بندورا و واتسون ۱۹۵۹) در مورد «اثر یادگیری مشاهده ای بر روی پرخاشگری»، مطالعات آیزینگ<sup>۷</sup> (۱۹۶۰) در مورد مدلهای متناوب از رفتار ناپهنجار، بحث کرومبولتز<sup>۸</sup> (۱۹۶۶) در مورد «اهداف رفتاری به عنوان اهداف مشاوه و روان درمانی».

اگرچه که انواع مختلف رفتار درمانی براساس یادگیری و روش علمی بنیانگذاری شده است اما گاه به نظر می رسد که گویی موافقت رفتار گرایان تنها بر روش علمی باشد. اختلافات زیادی بین رفتار گرایان در مورد به کارگیری نظریه های یادگیری، زمان آن و اینکه دقیقاً چگونه می توان از روشهای علمی بهترین استفاده را کرد، وجود دارد. علی رغم این سردرگمی ها دو سبک در رفتار درمانی پدیدار شد. شرطی سازی کلاسیک<sup>۹</sup> و شرطی سازی کنشگر<sup>۱۰</sup> که هر یک شامل بخشهایی فرعی است.

---

1. Morse

2. Thoreson

3. Coats

4. Lindsley

5. Wolpe

6. Bandura

7. Eysenek

8. Krumboltz

9. classical conditioning

10. operant conditioning



## زمینه نظری

شرطی سازی کلاسیک ایوان پاولف (۱۸۴۹-۱۹۳۶) آنچه را که امروزه شرطی سازی کلاسیک یا پاسخگر می نامند از طریق یک اتفاق غیرمنتظره در یک آزمایش کشف نمود. او از سگها به عنوان حیوانات آزمایشی استفاده نمود تا فیزیولوژی ترشح مایع گوارشی را مطالعه نماید. (او یک فیزیولوژیست بود و نه یک روان شناس) او بعد از نشان دادن غذا به سگها در طی روزهای متوالی، کشف نمود که سگها قبل از دیدن و یا کمی قبل از مزه کردن غذا بزاق دهانشان ترشح می شود. او ابتدا این ترشحات را «روانی» نامید زیرا که معتقد بود سگها در مورد غذا فکر می کردند. او به عنوان یک دانشمند واقعی این تعبیر را نه پذیرفت، و نه رد کرد؛ زیرا شواهد و دلایل کافی برای آن نداشت. در مسیر جمع آوری شواهد و مدارک، او دریافت که بعد از اینکه چند روز متوالی به سگها غذا داد، آنها مزه غذا را با حضور او و نهایتاً با صدای پای او پیوند دادند. با استفاده از واژه های امروزی او به اصطلاح سگها را شرطی نمود تا با صدای پای او (محرک شرطی)<sup>۱</sup> بزاق دهانشان ترشح شود (پاسخ) او سپس برای اثبات فرضیه خود آزمایشی را انجام داد. او غذا را به سگها نشان داد (محرک غیر شرطی UCS)<sup>۲</sup> که البته بزاق دهانشان ترشح شد (پاسخ غیر شرطی UCR)<sup>۳</sup> آنوقت بعد از اینکه این کار را چند بار تکرار کرد (کوشش)<sup>۴</sup> همزمان با آوردن غذا، یک زنگ کوچک را نیز به صدا درآورد. (محرک شرطی CS) بعد از چند بار کوشش صدای زنگ با غذا جفت شد و بزاق دهان سگها (پاسخ شرطی CR)<sup>۵</sup> بعد از شنیدن صدای زنگ ترشح می شد. گرچه که غذایی هم به آنها داده نمی شد. مطالعه این مطالب درباره آزمایش پاولف شاید برای شما کمتر از سه دقیقه طول کشید اما اوستی سال برای تکمیل این آزمایشات زحمت کشید.

موفقیت روش شرطی سازی کلاسیک از دوره ای می تواند اندازه گیری شود: یکی از طریق مقدار و اندازه پاسخ (مثلاً چقدر بزاق ترشح شد.) و دیگری از طریق طول دوره

1. Conditioned Stimulus (CS)

2. Un Conditioned Stimulus (UCS)

3. Un Conditioned Response (UCR)

4. Trail

5. Conditioned Response (CR)

نهفتگی (مثلاً بزاق دهان با چه فاصله زمانی بعد از صدای زنگ ترشح می شود). یکی دیگر از جنبه های شرطی سازی کلاسیک که توسط پاولف کشف گردید این است که بعد از شرطی سازی اگر CS با UCS جفت نشد، مقدار پاسخ بتدریج کاهش می یابد تا آنجا که کاملاً ناپدید می شود. او به این اثر «خاموشی» می گوید. پاولف دریافت که به نظر می رسد فرایند خاموشی عامل بازدارنده شرطی سازی مجدد است. بالاخره او کشف کرد که دیگر محرک های شبیه به CS نیز CR را ایجاد می نمایند. این اثر را تعمیم محرك نامید.

اگرچه در حال حاضر در مورد آنچه که پاولف در مورد فیزیولوژی اعصاب گفته، تردید وجود دارد و مطالب او ماهرانه و پیشرفته نیست و حتی غلط نیز است، اما اهمیت اثر تاریخی شرطی سازی کلاسیک نمی تواند به عنوان یکی از پایه های رفتار درمانی دست کم گرفته شود. (مورس و واتسون ۱۹۷۷)

شرطی سازی کنشگر در حقیقت شرطی سازی کنشگر یا وسیله ای با نام ثورندایک (۱۹۴۹-۱۸۷۴) و «قانون اثر» او آغاز می شود. این قانون می گوید که اگر رفتار با پیامدهایی که همراه با پاداش است دنبال شوند، آنوقت احتمالاً آن رفتار تکرار خواهد شد. شرطی سازی کنشگر تنها از طریق تقویت رفتارهایی که به وقوع پیوسته صورت می گیرد؛ از این روش نمی توان برای به وجود آوردن رفتارهای جدید کمک گرفت.

شرطی سازی کنشگر چهار اصل دارد: پاداش (تقویت مثبت)، تنبیه، گریز (تقویت منفی) و حذف. پاداش یا تقویت مثبت احتمال وقوع مجدد رفتار را افزایش می دهد؛ زیرا که پاداش توسط آرگانیسم ارزیابی مثبت می شود (قانون اثر ثورندایک)، تنبیه احتمال وقوع مجدد پاسخ را کاهش می دهد، زیرا که پاسخ با درد و محرك آزارنده دنبال می شود تقویت منفی یا گریز احتمال وقوع مجدد پاسخ را افزایش می دهد، زیرا که به دنبال پاسخ دوری و یا فرار از محرك آزارنده است. حذف احتمال وقوع پاسخ مجدد را کاهش می دهد. زیرا پاداشی که معمولاً در محیط وجود داشت بعد از پاسخ دیگر وجود ندارد.

اسکینر (۱۹۰۴) و دانشجویانش سهم عمده ای در مطالعه شرطی سازی کنشگر داشتند. از آنجا که اسکینر پاسخهایی را که به نظر می رسد اثر مشترکی بر روی رفتار دارند کنش ها می نامد، لذا او واژه شرطی سازی کنشگر را ترجیح می دهد. کشف وابستگی های

تقویت دارای اهمیتی مشابه با مفهوم شرطی سازی کلاسیک است. اسکینر و دانشجو یانش متوجه شدند زمانی که به دنبال پاسخهای رفتاری (کنش‌ها)، محرکهای متفاوت (تقویت کننده‌ها) به گونه‌های متفاوتی ارائه گردند، اثرهای متفاوتی بر روی یادگیری دارند. به عنوان مثال تقویت باید در هر بار یا در هر ثانیه و یا در هر سه بار و یا هر چند بار به دنبال کنش (پاسخ رفتاری) ارائه گردد. نام این شیوه، برنامه نسبت ثابت<sup>۱</sup> است. زمانی که تقویت کننده در فاصله معین ارائه گردد، آن را برنامه فاصله ثابت<sup>۲</sup> می نامند. سومین روش برنامه نسبت متغیر است که در آن تقویت از X دفعه به Y دفعه و یا برعکس به X دفعه فرق می کند. بررسی اسکینر از برنامه‌های متفاوت در مورد تقویت منجر به کشف این مطلب شد که برنامه‌ها خود اثر مستقیمی بر یادگیری دارند.

آزمودنی در شرطی سازی کلاسیک با آزمودنی در شرطی سازی کنشگر تفاوتی مهمی دارد. در شرطی سازی کلاسیک تقویت (US) همیشه بدون توجه به رفتار آزمودنی به وسیله آزمایشگر ارائه می گردد. پیش شرط‌ها یعنی اینکه UCS با CS جفت شود و هر دوی آنها مقدم بر پاسخ باشند (CR) در شرطی سازی کنشگر تقویت فقط بعد از اینکه رفتار مطلوب به وسیله آزمودنی آشکار شد، ارائه می گردد. در این مورد پیش شرط روابط تعیین شده از نظر محیط بین تقویت و پاسخ است. اگر رفتار مطلوب (یا رفتاری نزدیک به آن) به وسیله آزمودنی آشکار نگردد، تقویتی نیز داده نمی شود. (مورس و واتسون ۱۹۷۷)

نظریه یادگیری اجتماعی آلبرت بندورا، والتر میشل<sup>۳</sup> و جولیان روتر<sup>۴</sup> کوشش کردند تا اصول روانشناختی را با نظریه یادگیری سنتی در نظامی که آنها آن را نظریه یادگیری مشاهده‌ای یا اجتماعی می نامند یکپارچه نمایند. نظریه‌های سنتی (مانند پاولف و اسکینر) یادگیری را به وسیله کنش توضیح می دهند: موجود-انسان یا حیوان-یاد می گیرد زیرا که بعضی از اعمالی را که انجام می دهد، پیامدهایی برای او دارد و او از هر دو آنها چه

- 
1. Fixed ratio Schedule
  2. Fixed interval Schedule
  3. Walter Mischel
  4. Julian Rotter

عمل و چه پیامد آن آگاه است. بندورا و همکارانش دریافتند که ما علاوه بر اینکه از طریق کنش یاد می‌گیریم بلکه به وسیله مشاهده نیز یاد می‌گیریم. مؤثرترین نوع آموزش به يك بازیکن بیسبال يك دبیرستان در مورد نحوه ضربه زدن به توپ این است که از او بخواهیم فیلمهایی را در این مورد تماشا کند و این کار بهتر از تقویت اعمال تقریبی موفقیت آمیز است. طبق عقیده بندورا (۱۹۶۹) اثرات اصلی یادگیری اجتماعی عبارتند از:

الف. فراگیری الگوهای جدید پاسخ.

ب. احتمال زیادی وجود دارد که مشاهده گر آن را انجام دهد و یارفتاری حذف

شود.

ج. پاسخهای یاد گرفته شده قبلی امکان تکرار بیشتری دارند.

### نظریه شخصیت

#### تعریف واژه‌ها

آموزش ابراز وجود (assertiveness training) يك رویکرد آموزشی نیمه ساختار است که به وسیله تأکیدش بر به دست آوردن مهارتهای ابراز وجود از طریق تمرین مشخص می‌شود. مهارتهای ابراز وجود، فرد را قادر می‌سازد تا برای اعتقادات و حقوق خود به طور مؤثر ایستادگی کند.

بازداری تقابلی (reciprocal inhibition) یعنی حذف یا ضعیف کردن پاسخهای قدیمی به وسیله پاسخهای جدید، و این کار زمانی صورت می‌گیرد که جلوی يك پاسخ به وسیله يك پاسخ ناهم‌ساز<sup>۱</sup> گرفته می‌شود و یا يك کاهش سائق اصلی<sup>۲</sup> به دنبال آن باشد. آن وقت بازداری شرطی پاسخ، به مقدار زیادی ظاهر می‌شود.

تقویت (reinforcement) نوعی رویداد خاص است که گرایش فرد را برای تکرار

پاسخ افزایش می‌دهد.

1. in compatible response

2. major drive - reduction

تقویت مثبت (positive reinforcement) يك نوع شرطی‌سازی است که در آن فرد چیزی مطبوع یا دلخواه را به عنوان پیامد رفتارش دریافت می‌کند.

تقویت منفی (negative reinforcement) يك نوع شرطی‌سازی است که باعث از بین رفتن رویداد آزارنده می‌شود. این کار از طریق ظاهر شدن (یا ظاهر نشدن) رفتار هدف<sup>۱</sup> صورت می‌گیرد.

تعمیم (generalization) بر این فرض استوار است که تقویت همراه با يك محرک بخصوص نه تنها احتمال به وقوع پیوستن پاسخ بخصوص محرك را زیاد می‌کند بلکه شامل محرکهای شبیه نیز می‌شود. فرایند تعمیم بسیار مهم است زیرا هیچ دو محرکی یا هیچ دو موقعیت محرکی کاملاً شبیه به هم نیستند.

تمیز (discrimination) يك فرایند یادگیری است که در آن ارتباطات بین محرکها و پاسخها که از طریق فرایند تعمیم به وجود آمده‌اند، از طریق ترکیب خاموش سازی با تقویت به طور جداگانه از بین می‌روند.

تنبيه (punishment) رفتار متقابلی است شامل استفاده از يك رویداد آزارنده به خاطر يك کار یا رفتار بخصوصی که از فرد سر زده است. تنبيه فقط در مورد آن دسته از رفتارهایی به کار گرفته می‌شوند که می‌بایست ترك شوند.

حساسیت زدایی (desensitization) یکی از تکنیک‌های رفتاری است که در آن اضطراب از طریق به کارگیری آرامش عضلانی به عنوان عمل شرطی‌سازی تقابلی کاهش می‌یابد. اضطرابی که محرکهای مختلف به وجود می‌آورند درجه بندی می‌شود (سلسله مراتب اضطراب) و هر يك با آرامش عضلانی همراه می‌گردد تا ارتباط بین محرکها و اضطراب کاهش یابد.

خاموشی (extinction) فرایند حذف يك پاسخ ناخواسته از طریق عدم تقویت آن است.

رفتار درمانی (behavior therapy) يك رویکرد درمانی است شامل کاربرد اصول

یادگیری برای تغییر رفتار. در حالی که اغلب رفتار درمانی و تغییر رفتار را به صورت متناوب استفاده می کنند اما رفتار درمانی اصولاً به شرطی سازی کلاسیک مربوط می شود در حالی که تغییر رفتار به شرطی سازی کنشگر مرتبط است.

رفتار روان رنجوری (neurotic behavior) نوعی عادت پایدار یک رفتار انطباق نایافته که توسط یادگیری در آرگانیزمی که از نظر روانشناختی هنجار است، به وجود آمده باشد. اضطراب معمولاً جزء اصلی این رفتار است که در موقعیتی که سبب به وجود آمدن آن می شود به صورت تغییر ناپذیری حضور دارند.

سلسله مراتب اضطراب (an anxiety hierarchy)، فهرستی از محرکها بر اساس اضطرابی که ایجاد می کنند با توجه به یک موضوع خاص. سلسله مراتب اضطراب مجموعه درجه بندی شده از محرکهایی است که تولید اضطراب می کنند و درمانگر این محرکها را در رابطه با عامل شرطی سازی تقابلی ارائه می دهد تا اضطراب وابسته به محرک را از بین ببرد.

شرطی سازی آزارنده (aversive conditioning) یکی از تکنیکهای رفتاری است که بر آن اساس رفتار نشانگر<sup>۱</sup> مراجع با یک محرک دردناک پیوند می یابد و این کار تازمانی ادامه می یابد که از بروز رفتار ناخواسته جلوگیری شود. معمولاً یک شوک خفیف الکتریکی یا یک مخلوط استفرغ آور از جمله محرکهای آزارنده هستند.

شرطی سازی تقابلی (counter conditioning) یک تکنیک است که در آن آزمایشگر (یا درمانگر) یک محرک غیر شرطی را که منجر به پاسخ غیر شرطی ناهمساز با پاسخ شرطی می شود ارائه می کند و بر این اساس مانع از بروز پاسخ شرطی می شود. به عنوان مثال: آرامش عضلانی<sup>۲</sup> (UR) ناهمساز با ترس (CR) است.

شرطی سازی کلاسیک (classical conditioning) یا پاسخگر<sup>۳</sup> یک نظریه یادگیری

1. symptomatic behavior

2. relaxation

3. respondent

است که ناشی از کار ایوان پاولف می‌باشد. این نظریه اساساً بر این اصل استوار است که هرگاه محرک شرطی با محرک غیر شرطی همراه شود پاسخ شرطی شبیه به پاسخ غیر شرطی را ایجاد می‌کند.

شرطی‌سازی کنشگر (operent conditioning) یا وسیله‌ای<sup>۱</sup>، یک نظریه یادگیری است که ناشی از کارهای اسکینر می‌باشد. تفاوت اصلی بین شرطی‌سازی کنشگر و شرطی‌سازی کلاسیک این است که در شرطی‌سازی کنشگر زمانی که رفتار به صورت خود انگیخته بروز می‌کند، محرک غیر شرطی به دنبال رفتار از پیش تعیین شده می‌آید.

شکل دهی پاسخ (response shaping) فرایند حرکت از رفتارهای ساده<sup>۲</sup> (که نزدیک به رفتار نهایی است) به سوی رفتار پیچیده و نهایی. از طریق این فرایند، رفتارهای خاصی که به رفتار مطلوب نزدیک است تقویت می‌شود در حالی که دیگر رفتارها تقویت نمی‌شوند. هر مرحله از این فرایند مستلزم نزدیکی بیشتر رفتار دلخواه قبل از ارائه تقویت است.

غرقه‌سازی (flooding) یک تکنیک درمانی است که در آن ارائه تکرار محرک شرطی بدون تقویت، موجب خاموش‌سازی پاسخ شرطی می‌شود. غرقه‌سازی با حساسیت‌زدایی از این بابت فرق می‌کند که در غرقه‌سازی شرطی‌سازی تقابلی به کار برده نمی‌شود.

مرور ذهنی رفتار (behavior rehearsal) یکی از تکنیک‌های درمان است که بر آن اساس مبادلات کوتاهی میان مراجع و مشاور در صحنه‌ای از زندگی مراجع صورت می‌گیرد. هدف چنین تمرینی آماده‌سازی مؤثر مراجع برای مقابله با «حریف» واقعی است. بنابراین اضطرابی که بعداً به وجود می‌آید ممکن است به صورت تقابلی منع گردد.

یادگیری تقلیدی (اجتماعی) (imitative (social) learning) فرایندی است که بدان وسیله یک مشاهده کننده پاسخ بخصوصی را از طریق تماشای یک شخص (یا یک الگو) که آن پاسخ را در محیطی ارائه می‌کند، یاد می‌گیرد.

1. instrumental
2. simple behavior

## ماهیت انسان

نظریه رفتاری معتقد است که اکثر رفتارهای انسان یاد گرفته شده‌اند. انسانها اصولاً نه خوب و نه بد هستند بلکه زندگی را با صفحه نوشته لوح سفید آغاز می‌کنند که بر روی آن چیزی نوشته نشده است. ما در هر صورت موجوداتی واکنشی<sup>۱</sup> هستیم؛ ما به محرکهای محیطی پاسخ می‌دهیم. رفتار و الگوهای رفتاری از طریق تعامل با محیط یاد گرفته می‌شود. بعضی از رفتارها (حداقل در بعضی از قسمت‌ها) به وسیله وراثت یا به وسیله ارتباط متقابل محیط و وراثت تعیین می‌گردند. اما از آنجا که این موضوع یعنی وراثت را نمی‌توان مستقیماً کنترل کرد، لذا مشاور رفتاری، هیچگونه علاقه و رغبت بالینی در این مورد ندارد.

انسانها برخلاف حیوانات قادر به شناخت هستند. این کار آنها را قادر می‌سازد تا پاسخهای جدیدی را نسبت به محیط خلق نمایند. ما - مانند حیوانات - در قید و بند شرطی شدنهای گذشته نیستیم. ما قادریم برای پاسخهایمان به محیط برنامه‌ریزی کرده و آنها را ارزیابی نماییم. مشاور رفتاری معتقد است که همه آن چیزهایی را که در مورد ماهیت انسان می‌دانیم فقط از طریق رفتار یاد گرفته شده‌اند و این یادگیری تنها زمانی که رفتار به صورت عملی تعریف شود و داده‌ها تعیین گردند مفید خواهد بود. (هاسفورد ۱۹۶۹)

## ساختار شخصیت

رفتار گرایان نسبت به نظریه شخصیت رغبت زیادی نشان نمی‌دهند. زیرا در دیدگاه آنها فرضیه‌ای که زیربنای چنین نظریه‌ای است هیچ کمکی در توسعه تکنیک‌های تغییر رفتار نمی‌کند. بعضی از آنها نظریه شخصیت را به مسخره می‌گیرند و آن را تحقیر می‌کنند زیرا معتقدند که با وجود این نظریه، متخصص بالینی سعی می‌کند تا فرد یا رفتار او را با نظریه تطبیق دهد و یا در آن بگنجانند. در حالی که آنها باید نظریه را با واقعیت مشاهده شده تطبیق دهند. در هر صورت رفتار گرایان به شناختن، پیش‌بینی کردن و (در زمانی که مناسب

1. reactive beings

2. Hosford



باشد) به تغییر رفتار علاقه‌مند هستند و علاقه‌ای به برچسب زدن به افراد، اختراع یا ابداع فرضیه برای تشریح آنچه که می‌تواند مشاهده شود، ندارند.

### رشد شخصیت

از آنجا که رفتار گرایان علاقه‌مند به ساختارهای شخصیت نیستند، لذا کمتر نیز در مورد رشد شخصیت به عنوان جوهر وجود صحبت می‌کنند. به جای این کار، آنها در مورد رفتار و الگوهای رفتاری فکر می‌کنند و بیشتر علاقه‌مند به پیش‌بینی رفتار هستند تا اینکه بخواهند شخصیت را تشریح نمایند. طبق نظریه یادگیری، فرد از طریق «آنجا بودن»<sup>۱</sup> یاد می‌گیرد. او به وسیله کیفیت محیط یا موفقیت روائشناختی تشویق یا تنبیه می‌گردد. کمیت یا کیفیت تشویق یا تنبیه (اینکه پاداش دریافت نماید تا تنبیه شود) از فردی به فرد دیگر متفاوت است. بنابراین هر فردی از طریق تجربه یاد می‌گیرد. یاد می‌گیرد که موقعیت‌ها را به عنوان ارضا کننده<sup>۲</sup> (پاداش دهنده)<sup>۳</sup> یا ارضا نکننده<sup>۴</sup> (تنبیه کننده)<sup>۵</sup> ادراک نماید و سپس به موقعیت براساس ادراک منحصر بفردش واکنش نشان می‌دهد.

### رشد رفتار ناسازگار<sup>۶</sup>

رفتار درمانگران کنشگر عمدتاً رفتار ناسازگار را به عنوان رفتاری که اساساً متفاوت از هر نوع رفتار دیگر باشد نمی‌نگرند بلکه معتقدند که فرد به وسیله محیط شرطی شده است و او به گونه‌ای پاسخ می‌دهد که اجتماع آن پاسخ را نامناسب یا ناسازگار قلمداد می‌کند. مخصوصاً اینکه رفتارهای انطباقی یاد گرفته نشده‌اند در حالی که رفتارهای ناسازگار یاد گرفته شده‌اند. (ریچلاک<sup>۷</sup> ۱۹۸۱) بعبارت دیگر رفتار ناسازگار رفتاری است که دیگر نه فرد از آن طریق ارضا می‌شود و نه تعارضی با محیط برای او به وجود می‌آورد.

1. being there

2. satisfying

3. rewarding

4. dissatisfying

5. punishing

6. operant behavior therapists

7. Rychlak

در این مورد سه سؤال اصلی وجود دارد:

- الف. چه رفتاری ناسازگار است. و با چه فراوانی صورت می گیرد؟
  - ب. چه جنبه‌هایی از موقعیت یا محیط نشانه رفتار ناسازگار را حمایت یا حفظ می نماید؟
  - ج. چه عوامل محیطی را می توان دستکاری کرد؟
- لازم به ذکر است که هیچ نوع فرضی که مربوط به فرایندهای آسیب‌شناختی در مراجع باشد و همین طور هیچ نوع استفاده از تکنیک‌ها یا طبقه‌بندی شیوه‌های تشخیصی وجود ندارد.

## نظریه مشاوره

### دلیل تغییر

مشاوره رفتاری اظهار می‌دارد که این مکتب رفتارهای ناسازگار را آشکار و یا فرایندهایی را که مستقیماً به چنین رفتارهایی مربوط می‌شوند را درونی می‌کند (به عنوان مثال: اضطراب یا هراس). همه رفتار درمانی‌ها بر یک نظریه یادگیری و یا بر بیش از یک نظریه یادگیری استوار هستند. بر اساس آن نظریه‌ها، همه رفتارها - چه رفتارهای انطباقی و چه ناسازگارانه - از طریق تعامل با محیط آموخته می‌شوند. بنابراین همان قوانین یادگیری که موجب بروز رفتار خاصی شده است می‌توانند برای حذف و یا جایگزینی آن رفتار به کار گرفته شوند. اهداف درمان کاملاً معین هستند و شیوه‌ها مربوط به «اینجا و حالا»<sup>۱</sup> می‌شوند و هیچ نوع کاربرد بی‌معنی از یک نظریه خاص یادگیری نمی‌شود. این رویکرد درمانی مستقیم با اهداف محدود و فرایند تمرکز، ظاهر یک درمان سطح پایین را به مشاوره رفتاری می‌دهد. پاسخ رفتار گریبان به این انتقاد در ماهیت آن است. «ما را به وسیله نتایج کارمان مورد قضاوت قرار دهید، نه به وسیله ظاهر کارمان». به دلیل تمایل رفتار گریبان، سنجش مستقیم نتایج و اعتباریابی مجدد فرایند از جمله مشخصه‌های ثابت درمان آنهاست. بنابراین آگاهی معتبر تجربی از اینکه آیا «این کار مؤثر است» یا نه خود بخشی از

1. here and now

فرایند درمان است. (ریم<sup>۱</sup> ۱۹۷۷)

### فرایند مشاوره

مشاوره رفتاری متغیرهای فرایند مشاوره - مراجع را به عنوان بخشی از محیط یادگیری تلقی می‌کند و بنابراین آن را برای مؤثر بودن مشاوره حیاتی می‌داند. در حالی که رفتار درمانگران مختلف، معتقد به مراحل مختلفی در فرایند درمان هستند. چهار مرحله اصلی در همه آنها مشترک است: سنجش، تعیین هدف، اجرای تکنیک‌ها و ارزیابی نهایی. هر یک از این چهار مرحله به یکدیگر مربوط و در فرایند درمان ضروری به نظر می‌رسند. هر مرحله با عوامل داخلی و خارجی و روابط بین آنها مربوط است. (لافلور<sup>۲</sup> ۱۹۷۹)

سنجش      قصد و هدف این مرحله اولیه، تشخیص است. مراجع در حال حاضر چه می‌کند؟ قبل از درمان چه می‌کرده؟ سنجش نشانه و علامتی است که مؤثر بودن درمان را اندازه‌گیری می‌کند. سنجش اولیه در هفت مورد بر نکات قوت و ضعف تأکید می‌نماید:

الف. تحلیل مشکلات رفتاری که توسط مراجع ظاهر می‌شود.

ب. تحلیل محتوایی که در آن رفتارهای مشکل آفرین بروز می‌کنند.

ج. تحلیل انگیزشی

د. تحلیل تاریخ تحولی

هـ. تحلیل کنترل خود<sup>۳</sup>.

و. تحلیل روابط اجتماعی

ز. تحلیل محیط اجتماعی - فرهنگی، فیزیکی (کانفر<sup>۴</sup> و سوسلو<sup>۵</sup> ۱۹۶۹)

از آنجا که رفتارها به عنوان نشانه یا علامت در نظر گرفته نمی‌شوند لذا آزمونه‌های تشخیصی ابزار اصلی سنجش نیستند. اطلاعات از داده‌هایی که به وسیله مراجع و احتمالاً

1. Rimm

2. La fleur

3. self - control

4. Kanfer

5. Soslou

از دیگران به دست می آید، جمع آوری می شود. اطلاعات از طریق مصاحبه ها و پرسشنامه ها، زمینه یابی، پاسخهای برنامه ای، آنچه که مراجع ثبت کرده، مقیاس درجه بندی و مشاهدات مستقیم از مراجع به دست می آید.

**تعیین هدف** با استفاده از اطلاعات جمع آوری و ارزیابی شده در مرحله سنجش، مشاور و مراجع برای مشاوره اهداف قابل قبولی را به طور مشترک تعیین می کنند. که این کار اهدافی را نیز برای اعمال مشاور و مراجع تعیین می نماید. مرحله تعیین هدف شامل سه گام است:

- الف. کمک به مراجع تا مشکلات خود را در رابطه با اهداف مرتبط و قابل دسترس ببیند.
  - ب. در نظر گرفتن اهداف مراجع در رابطه با فشارهای محیطی احتمالی و در رابطه با اهداف یادگیری که از نقطه نظر رشد قابل دستیابی و قابل اندازه گیری باشند.
  - ج. خرد کردن هدف بزرگتر به اهداف جزئی تر و مرتب کردن آنها به تناسب.
- لافلور (۱۹۷۹) و کرومبولتز (۱۹۶۶) سه ملاک را برای اهداف در مشاوره رفتاری شناسایی نمودند:

- الف. مراجع باید تمایل به هدف داشته باشد.
  - ب. مشاور باید مشتاق کمک به مراجع برای دستیابی به هدف باشد.
  - ج. امکان ارزیابی از میزان دستیابی به هدف باید وجود داشته باشد.
- برای دستیابی به این ملاکها، اهداف باید به صورت اهداف رفتاری توضیح داده شوند: چه کسی این کار را خواهد کرد؟ آنها چه کار خواهند کرد؟ تحت چه شرایطی این کار انجام خواهد گرفت و حداقل سطح عملکرد قابل قبول چیست؟

**اجرای تکنیک** در مرحله بعدی مشاور و مراجع تصمیم می گیرند که بهترین استراتژی های یادگیری یا تکنیک های مشاوره را برای اجرا انتخاب کنند تا بدان وسیله تغییر رفتار مورد نظر را به وجود بیاورند. تکنیک های انتخاب شده با اهداف خاص مراجع متناسب و براساس اطلاعاتی است که در مرحله سنجش و تعیین هدف جمع آوری

شده‌اند. انتخاب تکنیک‌های مناسب براساس محیط درونی و بیرونی فعلی مراجع است. عواملی موجب رفتار مراجع بوده، آن را حفظ می‌کنند. وظیفه مشاور این است که تکنیک‌هایی را که بر یادگیری انفرادی مراجع تأکید دارد انتخاب نماید. (لافلور ۱۹۷۹)

**ارزیابی نهایی** در مشاوره رفتاری، ارزیابی به صورت یک فرایند پیوسته و مستمر صورت می‌گیرد. ارزیابی کاری نیست که تنها در پایان درمان انجام شود. ارزیابی در رابطه با رفتار فعلی مراجع است. اعمال خاص مراجع که اساس ارزیابی را تشکیل می‌دهند همان اهداف رفتاری هستند. این اهداف در مرحله تعیین و توضیح هدف برای هر مراجع، به تفصیل بیان شده است.

ارزیابی نهایی چیزی بیش از پایان مشاوره است و مرحله‌ای است شامل:

- الف. امتحان رفتار فعلی مراجع در رابطه با رفتارهای هدفگرا و رفتارهای مطلوب.
- ب. شناسایی نیاز مراجع به مشاوره اضافی.
- ج. کمک به مراجع برای انتقال آنچه که در مشاوره آموخته به رفتارهای دیگرش.

د. تدارك وسایلی برای نظارت پیوسته بر رفتارهای مراجع. (لافلور ۱۹۷۹)

### اهداف مشاوره

اهداف مشاوره رفتاری، همان اهداف رفتاری منحصر به فرد مراجع است. هیچگونه اهداف جهانی برای همه مراجعان وجود ندارد. بنابراین اهداف جنبه شخصی دارند و درمان، هدف بخصوصی را مورد نظر قرار نمی‌دهد و احتمالاً این کار نیز جنبه شخصی دارد. کرومبولتز و تورسون مثالهایی از اهداف مشاوره که براساس مشکلات خاصی تعیین شده‌اند، ارائه می‌دهد. (۱۹۷۶) این مطلب را لافلور (۱۹۷۹) به شرح زیر خلاصه کرده است:

۱. حتی در زمانی که مشکل رفتاری مربوط به رفتار فرد دیگری است باز هم مشاور باید آن را به عنوان مشکل مراجع در نظر بگیرد. در این مورد، مراجع سه انتخاب دارد: الف. به فرد دیگر کمک کند تا رفتارش را تغییر دهد. ب. یاد بگیرد که با آن فرد زندگی

کند. ج. از تماس با آن فرد پرهیز نماید.

۲. چنانچه مشکل به عنوان يك احساس بیان شود، مشاور می تواند به مراجع کمک نماید تا رفتارهای جدید را یاد بگیرد. که این رفتارها با احساس مشکل آفرین ناهم ساز است.
۳. زمانی که مشکل فقدان هدف است، مشاور ابتدا می تواند به مراجع کمک کند تا توجه خود را بر اهداف رفتاری خاص متمرکز نماید و سپس مهارت های مورد نیاز برای دستیابی به آن اهداف را به دست آورد.
۴. زمانی که هدف تعیین شده مراجع در واقع مطلوب نیست، مشاوران می توانند به مراجعان خود در ارزیابی نتایج دستیابی به هدف تعیین شده کمک نمایند و آنها را در جستجوی برای شقوق احتمالی دیگر مساعدت و یاری نمایند.
۵. زمانی که مراجعان از رفتار نامناسب خود آگاهی ندارند، مشاوران می توانند به آنها آموزش دهند که چگونه در جستجوی باز خوردهای محیطی باشند و از آن استفاده ببرند.
۶. زمانی که مراجع به خاطر تعارض در انتخاب عاجز شده است، مشاور به او مهارت های منظم تصمیم گیری را آموزش می دهد.

### آموزش مشاور

وانتز<sup>۱</sup> و هولیس<sup>۲</sup> (۱۹۸۰) معتقدند که مشاوره رفتاری از نقطه نظر تعداد مؤسسات آموزشی که جهت فلسفی خود را مشخص کرده اند در مرتبه سوم بعد از التقاطی و پدیدار شناختی قرار دارد. در سال ۱۹۶۹ وودی<sup>۳</sup> از محدودیت فرصت های آموزش برای مشاوران رفتاری ناراحت بود. تا سال ۱۹۸۲ این محدودیتها بر طرف شد. به خاطر تفاوت و گوناگونی مشاوران و درمانگران رفتاری، نمی توان روی يك مؤسسه یا سازمان، به عنوان نمونه ای از رویکرد مشاوره رفتاری انگشت گذاشت. از طرف دیگر رهبران این رشته به طور کلی با مؤسسات آموزش عالی ارتباط و پیوند دارند. افراد زیر از جمله تعدادی از این رهبران هستند که در مؤسسات آموزش عالی کار می کنند.

1. Wantz

2. Hollis

3. Woody

جوزف ولپ<sup>۱</sup> در تمپل<sup>۲</sup>، ری هاسفورد<sup>۳</sup> در دانشگاه کالیفرنیا در سانتا باربارا<sup>۴</sup>، جان کرومبولتز<sup>۵</sup> و کارل تورسن<sup>۶</sup> در استنفورد<sup>۷</sup> و آرنولد لازاروس<sup>۸</sup> در راتگرز<sup>۹</sup>.

### کارکرد مشاور

در چارچوب نظریه یادگیری مسئولیت اصلی تصمیم‌گیری برای دورهٔ بخصوصی از مشاوره به عهدهٔ مشاور است یعنی او تصمیم می‌گیرد که چه تکنیک‌های بخصوصی را می‌خواهد در مشاوره مورد استفاده قرار دهد. زمانی که موضوع (هدف) مشخص و تعریف شد و مشاور و مراجع هر دو بر آن توافق نمودند، مشاور فرایند مشاوره را کنترل و مسئولیت نتیجه کار را به عهده می‌گیرد. مسئولیت مشاور این است که مراجع را وارد مرحله‌ای از عمل کند که نهایتاً انجام آن کارها به مراجع کمک می‌کند تا راه حل مشکل خود را پیدا نماید. این کنترل به معنای یک کنترل مستبدانه و استادانه که برخلاف میل مراجع صورت می‌گیرد، نیست. بلکه کنترلی است که مخصوصاً برای رسیدن به اهداف مراجع طراحی شده است و با رضایت کامل مراجع صورت می‌گیرد. مشاور رفتاری، نقش فعال و رهنمودی در درمان دارد. مشاور در این رویکرد مانند معلم و متخصص شناسایی رفتار ناسازگارانه عمل می‌کند. او شیوه‌های درمان بخش را نیز تجویز می‌نماید.

ولپ در سال ۱۹۵۸ تأکید کرد که درمانگر لازم است پذیرش و همدلی داشته باشد و قضاوت نکند. کرومبولتز (۱۹۶۶) نیز بر لزوم همدلی و گرمی تأکید می‌کرد. این نوع نگرشهای مشاور (پذیرش، همدلی و گرمی) می‌بایست با مراجع در میان گذاشته شود. مشاور باید گرم و همدل باشد و به افراد احترام زیادی بگذارد. اگر این شرایط در درمان

- 
1. Goseph Wolpe
  2. Temple
  3. Ray Hosford
  4. University of california at Santa Barbara
  5. John Krumboltz
  6. Carl Thoresen
  7. Stanford
  8. Arnold Lazarus
  9. Rutgers

وجود نداشته باشد آنوقت ممکن است مشکل مراجع مشخص نشده و یا مراجع همکاری لازم را نکند.

در بازیابی ادبیات مربوط به این رویکرد، کراسنر<sup>۱</sup> (۱۹۶۷) استدلال می‌کند که نقش هر روان‌درمانگری، بدون توجه به اعتقاد نظری او به عنوان يك «ماشین تقویت»<sup>۲</sup> است. هرچند که درمانگر ممکن است در مورد آنچه که انجام می‌دهد، فکرهای مختلفی بکند، اما اساساً او از تقویت‌های اجتماعی استفاده می‌کند. او بعدها ادعا کرد که گرچه اکثر درمانگران با نقش «کنترل‌کننده» و «دستکاری‌کننده» رفتار احساس راحتی نمی‌کنند، اما این واژه‌ها نقش درمانگر را به درستی توصیف می‌کند. او می‌گوید شواهد نشان می‌دهد که مزیت نقش درمانگر این است که او قدرت تأثیرگذاری و کنترل رفتار و ارزشهای دیگران را دارد. چنانچه درمانگری این نقش را قبول نداشته باشد و پیوسته در مورد اثرات رفتار خودش بر مراجع ناآگاه باشد، آنوقت این يك کار «غیراخلاقی»<sup>۳</sup> است.

عملکرد دیگر درمانگر سرمشق‌دهی نقش<sup>۴</sup> درمانگر به مراجع است. بندورا (۱۹۶۹) بر این موضوع تأکید داشت که یکی از فرایندهای بنیادی که بدان وسیله مراجعان می‌توانند رفتار جدیدی را بیاموزند، تقلید یا سرمشق‌گیری اجتماعی است که توسط درمانگر ارائه می‌گردد.

### تمرین مشاوره

هر مراجعی واکنش منحصر به فردی نسبت به محیط دارد. بنابراین تکنیک‌های مشاوره از يك مراجع به مراجع دیگر متفاوت است. زیرا هر مشکلی تکنیک خاصی را طلب می‌کند. اکثر رفتارها پاسخی به محرک‌های محیطی هستند. تغییر رفتار، نیاز به تغییر جنبه‌های محیطی که موجب حمایت و تقویت رفتار نامطلوب شده‌اند، دارد. مشاور رفتاری، تکنیک خود را از طریق تحقیق در یادگیری استنتاج می‌کند و نه از نظریه‌های

1. Krasner

2. reinforcement machine

3. unethical

4. role - modeling



یادگیری. هاسفورد (۱۹۶۹) ریم (۱۹۷۷) تکنیک‌های رفتاری را تحت عنوان نظریه‌های یادگیری که این تکنیک‌ها بر اساس آنها بنا شده‌اند، طبقه‌بندی می‌کند.

### تکنیک‌ها: شیوه‌های کنشگر

کنترل خود مشکلات مربوط به کنترل خود در یکی از دو مقوله زیر جای دارد:  
الف. زیاده‌روی در رفتارهای علیه خود<sup>۱</sup>. (برخوری، سیگار کشیدن، قمار و غیره).

ب. کمبود رفتارهای مطلوب (مانند عادات مطالعه، ورزش، مهارت‌های اجتماعی و غیره).

ویژگی اصلی هر دو نوع مشکلات مربوط به کنترل خود این است که رفتار نامطلوب بازخورد فوری دریافت می‌کند، به گونه‌ای که تقویت برای تغییر رفتار به تأخیر می‌افتد (اگر که تقویتی وجود داشته باشد). مثل دانش‌آموزی که به جای درس خواندن، غذای خورد حرف می‌زند و یا چرت می‌زند. در ذیل خلاصه‌رئوس مطالب برنامه‌های کنترل خود که برای هر نوع مشکلی کاربرد دارد، می‌آید. (ریم ۱۹۷۷)

برنامه کنترل خود برای درمان فربهی باید به صورت زیر باشد:

۱. تعیین مبنا<sup>۲</sup>: دفعات خوردن، مقدار آن و نوع غذایی که خورده می‌شود را یادداشت کن و همین‌طور اوضاع و شرایطی که فرد را در هنگام خوردن احاطه نموده‌اند.

۲. شیوه‌های کار را معرفی کن. معمولاً یک یا دو شیوه در هر هفته:

الف. محدود کردن محرک: غذا خوردن فقط روی میز شام و فقط در اوقات تجویز شده مشخص و معین؛ خوردن در حین انجام کار و فعالیت مانند روزنامه خواندن یا تلویزیون نگاه کردن ممنوع است.

ب. آهسته خوردن: مزه کردن هر لقمه از غذا و سپس قاشق غذاخوری یا هر وسیله

1. self defeating

2. base line

دیگر را برای مدتی پائین گذاشتن تا زمانی که غذا قورت داده شده و پایین برود.

ج. خارج کردن غذاهایی که برای خوردن زود آماده می شوند از خانه.

د. تقویت فوری خود (مانند تحسین کردن خود، تماشای تلویزیون): نحوه خوردن مناسب و درگیر شدن در فعالیت هایی که خوردن همراه با آن امکان پذیر نیست مانند قدم زدن. اصل تقویت فوری يك رفتار مناسب در هر نوع برنامه کنترل خود اهمیت بسیار زیادی دارد.

درمانگر و مراجع به مدت چندین ماه، هفته ای يك بار یکدیگر را ملاقات می کنند. زمانی که به اهداف بلندمدت دست یافتند، آنوقت ماهی يك بار و یا يك ماه در میان همدیگر را ملاقات می کنند تا مطمئن شوند که عادات غذا خوردن، همچنان پایدار و باقی مانده اند.

در مثال دوم به خلاصه رتوس مطالب زیر از برنامه کنترل خود توجه کنید. این برنامه برای تقویت عادات مطالعه طراحی شده است:

#### ۱. تعیین مبنا

۲. شیوه های کار را معرفی کن. معمولاً يك یا دو شیوه در هفته:

الف. تغییر دادن محیط محرك: محلی را که موجب حواس پرتی نمی شود انتخاب کن.

ب. تقویت نشانه<sup>۱</sup>: وقتی که مکان مطالعه انتخاب شد، دانش آموز می بایست هیچ فعالیت دیگری مانند نوشتن نامه، یا مطالعه تفریحی انجام ندهد.

ج. شکل دهی و تقویت خود: به مراجع آموخته می شود که مطالعه کردن را در دوره های نسبتاً کوتاه مدت زمانی آغاز کند و قبل از اینکه احساس خستگی یا ملالت نماید آن را متوقف سازد و فوراً رفتار را تقویت نماید، منظور از شکل دهی این است که زمان مطالعه را روزانه بتدریج افزایش دهد. این کار می تواند با اضافه نمودن چند دقیقه در هر روز صورت گیرد.

د. بهتر کردن و اصلاح کار آملدی مطالعه: رشد عادات مطالعه مؤثر.

اقتصادهای ژتونی اقتصادهای ژتونی می‌توانند تا زمانی که تأیید یا دیگر تقویت‌کننده‌های ناملموس مؤثر نباشند به کار برده شوند. بر اساس این نظام رفتار مناسب می‌تواند به وسیله تقویت‌کننده‌های ملموس (ژتونها) تقویت شوند و این ژتونها بعداً برای اهداف مطلوب یا امتیازها و مزیتها می‌توانند مبادله گردند. ژتونها برای به دست آوردن شیرینی، سیگار و اسباب بازی و یا شرکت در برنامه‌های مشخص می‌توانند مورد استفاده قرار گیرند. استفاده از ژتونها به عنوان تقویت‌کننده‌های رفتار مناسب چندین منفعت و فایده دارند:

الف. ژتونها ارزش مشوق خود را از دست نمی‌دهند.

ب. ژتونها می‌توانند تأخیری که ممکن است بین رفتار مناسب و پاداش آن وجود داشته باشد را کاهش دهند.

ج. ژتونها می‌توانند به عنوان وسیله اندازه‌گیری عینی و محسوس انگیزش، برای تغییر رفتارهای خاص به کار روند.

د. فردی که ژتون را دریافت می‌کند فرصت و امکان تصمیم‌گیری برای نحوه استفاده از آنها را دارد.

هـ. ژتونها پلی هستند برای اختلاف و شکاف موجود بین زندگی در يك مؤسسه و زندگی در يك دنیای واقعی. (آیلون<sup>۱</sup> و آزرین<sup>۲</sup> ۱۹۶۸)

بیوفیدبک<sup>۳</sup> شیوه‌ها و روشهای بیوفیدبک، بر اساس شیوه‌های شرطی کردن کنشگر است. فشار خون، ضربان قلب، سطح تنش و درجه حرارت بدن و دیگر شاخصهای کمی کردن کارکردهای فیزیکی اندازه‌گیری می‌شوند و به وسیله اندازه‌ها یا درجه‌هایی (متر) یا نور و یا دیگر روشهای شنیداری و دیداری به مراجع ارائه می‌گردند. مراجع یاد می‌گیرد که کارکرد را از طریق نور یا صدا و یا متر کنترل کند.

1. Ayllon

2. Azrin

3. biofeedback

### تکنیک‌ها: شیوه‌های شرطی‌سازی کلاسیک

ولپ (۱۹۵۰) نظامی را به نام «درمان از طریق بازداری تقابلی»<sup>۱</sup> یا شرطی‌سازی تقابلی<sup>۲</sup> رشد و توسعه داد که این نوع درمان موجب به وجود آمدن پاسخ غیرشرطی که با پاسخ موجود و نامطلوب، ناهم‌ساز است، می‌شود. دو تکنیکی که اغلب با نام ولپ پیوند دارند، حساسیت‌زدایی منظم<sup>۳</sup> و آموزش ابراز وجود<sup>۴</sup> است.

حساسیت‌زدایی منظم این تکنیک بیشتر در مورد ترسهای غیرمنطقی یا فوبی‌ها<sup>۵</sup> (هراسها) مؤثر است. ابتدا درمانگر باید روشن کند که در واقع ترسهای مراجع غیرمنطقی هستند. چنانچه این کار انجام شود یعنی ترس واقعاً غیرمنطقی باشد، درمانگر سپس تصمیم می‌گیرد که بفهمد آیا مراجع انواع گوناگونی از هراس را دارد یا فقط چند هراس اصلی را دارد. این کار لازم است، زیرا شواهدی وجود دارد که حساسیت‌زدایی با مراجعانی که هراسهای بسیاری آنها را احاطه کرده است، اثر کمتری دارد. درمانگر سپس مشخص می‌کند که آیا مراجع قادر است مراحل هراس خود را به طور روشن و آشکار مجسم کند و آیا قادر است زمانی که هراس را مجسم می‌کند، اضطراب را تجربه نماید؟ سپس درمانگر به مراجع تکنیک آرامش عمیق عضلانی را می‌آموزد تا حالت آرامش کامل سبب از بین بردن تنش شود. درمانگر با مراجع در حین تمرین صحبت می‌کند که معمولاً در حدود ۴۵ دقیقه طول می‌کشد تا مراجع یاد بگیرد که خود تکنیک آرامش عضلانی را انجام دهد. او یاد می‌گیرد که کدامیک از عضلات به آرامش احتیاج دارند و کدامیک ندارند. او این کار را در حداقل ده تا پانزده دقیقه می‌تواند انجام دهد. بعد از آموزش آرامش عضلانی، درمانگر و مراجع سلسله مراتب اضطراب مراجع را تهیه می‌کنند (برای هر هراس يك سلسله مراتب تهیه می‌شود). (به جدول ۷-۱ توجه کنید)

1. therapy by reciprocal inhibition
2. counter conditioning
3. systematic desensitization
4. assertive training
5. phobias

حساسیت‌زدایی زمانی صورت می‌گیرد که مراجع مراحل سلسله مراتب را در حالت آرامش عضلانی به تفصیل و به صورت واقعی مجسم کند. رفتار درمانگران معتقدند که آرامش عضلانی با اضطراب ناهمساز است و بنابر این ترس شرطی نخواهد شد. آنها همچنین فکر می‌کنند که شرطی نکردن ترس به شرایط واقعی در دنیای واقعی تعمیم داده خواهد شد. درمانگر از مرحله‌ای که کمترین اضطراب را ایجاد می‌کند شروع می‌نماید و کار خود را در سلسله مراتب اضطراب ادامه می‌دهد تا بدانجا که مراجع بتواند مرحله ترسناک را بدون اضطراب تصور نماید. (ریم ۱۹۷۷)

آموزش ابراز وجود ابراز وجود یعنی حمایت نمودن از حق خود و عقیده خود. بدون اینکه به حق و عقیده دیگران تجاوزی شود. روش اصلی آموزش ابراز وجود مرور ذهنی رفتار است. مثلاً تمرین کردن، با کمک درمانگر و ابراز وجود بیشتر است. (ریم ۱۹۷۷). درمانگر از طریق توضیحات تفاوت بین ابراز وجود و پرخاشگری، و همچنین ابراز وجود نکردن کار را شروع می‌کند. سپس او به بعضی از دلایلی که باعث می‌شود انسانها به یکی از سه طریق عمل کنند اشاره می‌کند و تأکید می‌کند که دوتای آخری غیر مؤثر بوده و خشنود کننده نیستند.

جدول شماره ۱-۷ سلسله مراتب اضطراب برای هر اس از مار (از کمترین ترس به بیشترین آن)

- به کلمه «مار» در يك كتاب نگاه كن .
- به تصوير مار در يك كتاب نگاه كن .
- به کسی که در مورد مار صحبت می کند گوش كن .
- يك مار زنده را در باغ وحش ببين .
- به يك مار مرده وقتی که در جاده ای راه می روی نگاه كن .
- به يك مار زنده وقتی که در جاده رانندگی می کنی نگاه كن .
- به يك مار زنده وقتی که در جاده راه می روی نگاه كن .
- مار مرده ای را در جاده دست بزن .

مار زنده‌ای را در دست کس دیگر لمس کن.

مار مرده‌ای را در دست بگیر.

مار زنده‌ای را در دست بگیر.

درمانگر و مراجع آنوقت با مرور ذهنی رفتار شروع می‌کنند، که در آن مراجع «موقعیت‌های ابراز وجود» را نقش بازی می‌کند و درمانگر در رابطه با نحوه عمل مراجع و الگوهایی که بر ابراز وجود مؤثر هستند، باز خورد نشان می‌دهد.

بیشتر ادبیات مربوط به آموزش ابراز وجود (آلبرتی<sup>۱</sup> و امونز<sup>۲</sup> ۱۹۷۰، جاکوبسکی<sup>۳</sup> و لنگ<sup>۴</sup> ۱۹۷۸، لنگ و جاکوبسکی ۱۹۷۶) با مشکلاتی که با بزدلی و ترسویی پیوند دارند، مرتبط هستند به هر حال آموزش ابراز وجود در مورد یاری دادن به افرادی که به صورت کلامی یا جسمی مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند، مؤثر است. به عنوان مثال درمانگر می‌تواند آموزش ابراز وجود را برای کمک به مراجعی که خشم یا تنفر را تجربه کرده است به کار برد تا او آنها را قبل از آنکه غیر قابل کنترل شوند از راههای مناسب بیان نماید. (ریم ۱۹۷۷)

شرطی سازی آزارنده<sup>۵</sup> شرطی کنندگان عامل تنبیه (تقویت منفی) را به معنی حذف یا انکار تقویت مثبت تعریف می‌کنند. از طرف دیگر شرطی کنندگان کلاسیک تنبیه را (آنها ترجیح می‌دهند از واژه «شرطی سازی آزارنده» یا «شرطی سازی اجتنابی»<sup>۶</sup> استفاده نمایند) به عنوان ارتباط و تداعی رفتار نشانگر<sup>۷</sup> با محرک دردناک تعریف می‌کنند و این تا زمانی است که جلور رفتار ناخواسته گرفته شود. محرک آزارنده نوعاً شامل تنبیه با شوک الکتریکی یا محلول‌های تهوع آور است. اغلب چنانچه شرطی سازی آزارنده یا اجتنابی با

1. Alberti

2. Emmons

3. Jakubowski

4. Lange

5. aversive conditioning

6. avoidance conditioning

7. symptomatic behavior

دیگر شیوه‌ها ترکیب شوند، مؤثر خواهند بود. مانند آموزش ابراز وجود و شرطی‌سازی کنشگر. (ریم ۱۹۷۷)

### تکنیک‌ها: شیوه‌های یادگیری اجتماعی

بن‌دورا (۱۹۶۹) اولین کسی بود که استفاده از الگو یا سرمشق را برای یادگیری اجتماعی تشخیص داد. الگوها می‌توانند برای سه نوع اهداف کلی مراجع استفاده شوند:

الف. یادگیری یک رفتار جدید.

ب. تضعیف یا تقویت رفتاری که تقریباً یاد گرفته شده است.

ج. تسهیل پاسخ (کامل کردن رفتار).

مؤثر بودن شیوه‌های الگوسازی یا سرمشق‌گیری می‌تواند از طریق استفاده از الگویی که مراجع آن را به عنوان فردی با صلاحیت و معتبر یا شبیه به آن می‌شناسد، افزایش یابد. علاوه به مراجع باید فرصت داد تا بعد از ارائه الگو رفتار مورد نظر را تمرین نماید. این فرصت برای تقلید رفتار الگو شده به مراجع امکان می‌دهد تا در مورد تمرین‌هایش بازخورد دریافت نماید. (لافلور ۱۹۷۹)

### تکنیک‌ها: غرقه‌سازی و شیوه‌های درمان با غرقه‌سازی تجسمی

حساسیت‌زدایی منظم به صورت مدرج انجام می‌شود. در غرقه‌سازی، از مراجع خواسته می‌شود که ترسناک‌ترین صحنه ممکن را تصویر نماید. این کار را تا وقتی که پاسخ همراه با ترس او خاموش شود ادامه دهد. بعبارت دیگر مراجع در ترس غوطه‌ور یا غرقه می‌شود. از آنجا که در غرقه‌سازی، آرامش عضلانی به کار گرفته نمی‌شود (مانند حساسیت‌زدایی)، ترس به وسیله استفاده مفرط از بین می‌رود. در درمان با غرقه‌سازی تجسمی نیز از مراجع می‌خواهند که مراحل صحنه‌های تحریک کردن ترس را در غیاب آرامش عضلانی تصور نماید. تفاوت بین غرقه‌سازی و درمان با غرقه‌سازی تجسمی به محتوای صحنه‌هایی که مراجع باید آنها را تصور نماید، مربوط می‌شود. درمان با غرقه‌سازی تجسمی بر اهمیت موضوعات روانکاوی تأکید می‌کند. مانند ترسهای ناهوشیار مربوط به طرد دوران کودکی، جنسی، پرخاشگری و مانند اینها.

(ریم ۱۹۷۷، استمپ<sup>۱</sup> و لويس<sup>۲</sup> ۱۹۶۸)

### پارامترهای درمان

محل درمان بسیار شبیه به محل روان درمانی های سنتی است. که در آن معمولاً جلسات هفتگی پنجاه تا شصت دقیقه ای در محل کار درمانگر برگزار می شود. رفتار درمانگران بجای تخت از يك تکیه گاه استفاده می کنند و نور اتاق نیز به وسیله يك کلید کنترل می شود.

### مورد پژوهی

از آنجا که رفتار درمانی برای هر مراجعی منحصر بفرد است و به دلیل وجود انواع مختلف تکنیک ها در حل مشکل مراجع، آوردن متن نوشته شده يك یا دو جلسه مشاوره فردی و یا گلچینی از جلسات متعدد خیلی آموزنده نخواهند بود. به هر حال برای اینکه تصویری از شیوه های متعدد به دست آورید متن زیر آورده می شود. (فیتچ<sup>۳</sup> و سنفورد<sup>۴</sup> ۱۹۷۶، صفحات ۱۴۰-۱۳۹)

آقای جونز ۳۱ ساله متأهل، مستخدم يك شرکت که به عنوان دزد محکوم شده است (۲۷/۲۰۰ دلار). او قبلاً محکومیتی نداشته است. او به پول شرکت خود دستبرد زد تا بدهی خود را در شرط بندی بر روی اسب بپردازد. برنامه درمان شروع شد. او نه ماه را در زندان گذراند و در طول این مدت او به صورت کلامی روان درمانی شد که این کار به هیچوجه علاقه او را به شرط بندی کم ننمود. گرچه در زندان امکان گوش دادن به مسابقات و شرط بندی وجود نداشت؛ اما او در شرط بندی غیرقانونی در اسب دوانی شرکت کرد. چنانچه می توانست به برنامه رادیویی مسابقه نیز گوش می داد و دوبار نیز شرط بندی غیرقانونی کرد. او خود با یکی از نویسندگان این متن که عضو هیأت امنای زندان بود تماس گرفت و درخواست کمک کرد. زیرا که احتمال می داد وقتی از زندان آزاد شود باز هم شرط بندی کند و این کار دوباره برایش ایجاد مشکل نماید.

1. Stampfl
2. Levis
3. Fitchett
4. Sanford



تحلیل رفتار آقای جونز در مورد شرط‌بندی نشان داد که او در جلسات مسابقه شرکت نمی‌کرد بلکه به مسابقات گوش می‌داد. تصمیم گرفته شد که تأکید درمان بر رفتار مورد نظر باشد. برای جمع‌آوری اطلاعات می‌بایست بدانیم که آقای جونز در هر هفته چندبار به مسابقات از طریق رادیو گوش می‌دهد از آنجا که هر هفته اینگونه مسابقات برگزار نمی‌گردند، لذا این کار به وسیله درصد تعداد کل زمانهایی که او می‌توانست در هفته به مسابقات گوش بدهد، نشان داده شد. ضمناً درصد شرط‌بندی‌های غیرقانونی که او در هر هفته در زندان انجام می‌داد نیز ثبت گردید.

برای شبیه‌سازی کردن «گوش دادن به پخش مسابقه»، چند نمونه از این نوع مسابقات روی ضبط صوت دونواره ضبط شد. و یک رادیوی قدیمی پیچدار به عنوان رادیوی واقعی مورد استفاده قرار گرفت. وقتی که مراجع پیچ رادیو را به علامت روشن کردن آن به یک طرف می‌چرخاند یکی از نوارها را می‌شنید و وقتی که به طرف دیگر آن می‌چرخاند، نوار دیگر را می‌شنید.

مراجع به ما گفته بود که رابطه او با همسرش برایش اهمیت زیادی دارد و زندگی در زندانی که هزاران مایل دور از شهرش است باعث می‌شود که دلش برای همسرش تنگ شود. به همین جهت ما فکر کردیم که اگر بتوانیم همسرش را در برنامه درمانی او مشارکت دهیم آنوقت این کار مؤثرتر خواهد بود. یکی از عاملین کار توانست موافقت همسرش را برای کمک به مادر برنامه درمانی جلب کند. صدای او را ضبط کردیم که به شوهرش می‌گفت عاشق اوست و از این موضوع بسیار ناراحت است، و می‌گفت که «لطفاً روی مسابقات شرط‌بندی نکن». ضمناً آقای جونز به ما گفته بود که او صدای خانمی را که جیغ آزار دهنده‌ای می‌کشید را شنیده است. ما صدای آن خانم را از طریق شبیه‌سازی یکی از همکاران روی نوار ضبط کردیم.

جلسه اول: آماده‌سازی جلسه اول شامل استفاده از حرفهای ناراحت‌کننده همسر و صدای جیغ یک زن در نوار پخش مسابقه بود. استفاده از این محرک آزارنده به صورت تصادفی صورت گرفت به ترتیبی که مراجع نتواند پیش از پخش محرک آزارنده، زمان آن را حدس بزند. جلسه اول همراه با پنج بار آزمایش این کار بود که در خلال آن مراجع به پخش مسابقه و

محرك آزارنده گوش می داد. او مجاز نبود که رادیو را خاموش کند یا اتاق را ترك نماید.

جلسه ۲۶: در خلال دومین بخش درمان آقای جونز می توانست با خاموش کردن پخش مسابقه از محرك آزارنده فرار کند و به صورت اتوماتيك نوار دیگر را روشن کند که از آن موزيك ملایمی شنیده می شد. و در آن نوار در فواصلی به صورت تصادفی صدای همسرش را می شنید که به او می گفت دوستش دارد. او به دلیل خاموش کردن برنامه مسابقه تقویت مثبت دریافت کرد. در این مرحله نیز پنج جلسه ترتیب داده شد و در هر جلسه پنج بار این تمرین تکرار شد.

جلسه هفتم: جلسه هفتم مشابه جلسات قبلی بود با این تفاوت که در همه آنها در هنگام فرار از محرك آزارنده پاسخ مثبت نمی گرفت. این مرحله نیز در هر جلسه با پنج آزمایش همراه بود.

از کارمندان زندان خواسته شد که آقای جونز را زیر نظر بگیرند و ببینند که آیا او در خارج از جلسات درمان به مسابقه گوش می دهد یا خیر ضمناً از آقای جونز خواسته شد تا گزارشی از رفتار خودش را در موقع گوش دادن به مسابقات تهیه کند. برای مقایسه پیشرفت داده ها، ما اطلاعاتی را که از کارمندان زندان در مورد گوش دادن به مسابقات و خود آقای جونز دریافت کردیم را به درصد تبدیل نمودیم.

### کاربرد

چه نوعی از رفتار درمانی و یا چه تکنیک هایی از رفتار درمانی می تواند توسط درمانگر یا مشاور انتخاب شود؟ جواب این پرسش به گرایش رفتاری درمانگر و ماهیت مشکل مراجع مربوط می شود. به عنوان مثال يك مشاور ممکن است برای مراجعی که دچار فوبی (هراس) شده است، از حساسیت زدایی منظم استفاده کند. در حالی که مشاور دیگری ممکن است سر مشق گیری یا غرقه سازی تجسمی یا روش شناختی-رفتاری را ترجیح دهد. يك مشاور مدرسه برای مشکلات انضباطی کلاس خود، يك مشاور زناشویی برای درمان مشکلات جنسی مراجع خود، درمانگری که رفتار بیمار ان روانی بیمارستان را شکل می دهد و والدینی که تلاش می کنند تا نوجوانان خود را بفهمند، هر يك از روشهای متفاوتی برای درمان استفاده می کنند.

## نقد

## پشتوانه پژوهشی

در حالی که هزاران پژوهش کنترل شده در مورد درمانهای مختلف رفتاری وجود دارند، اما آنچه که در زیر می‌آید، نمونه کوچکی است از بعضی از مطالعات برجسته که هر یک تکنیک‌های مختلف رفتار درمانی را حمایت می‌کنند.

کنترل شخصی بندورا و پرلوف<sup>۱</sup> (۱۹۶۷) نشان دادند که حتی با کودکان توجوان نیز پاداش شخصی<sup>۲</sup> وسیله مؤثری برای تقویت پاسخهای معین است. افراد مورد پژوهش، برای اینکه پاداش بگیرند «کار کردند» و این گونه نبود که برای کار نکردن به خود پاداش بدهند. تا این تاریخ بیشتر برنامه‌های کنترل خود، به فریبی و سیگار کشیدن مربوط می‌شوند و به طور کلی نتایج آنها مثبت بود. (هال<sup>۳</sup> ۱۹۷۲، ماهونی<sup>۴</sup> و مورا<sup>۵</sup> و وید<sup>۶</sup> ۱۹۷۳) افرادی که در برنامه‌های کنترل وزن شرکت داشتند معمولاً هر هفته یک پوند وزن کم می‌کردند. مطالعات دیگر نشان داد که شیوه‌های کنترل خود می‌تواند در کم کشیدن سیگار نیز مؤثر باشد. (ساج<sup>۷</sup>، بین<sup>۸</sup>، مارو).

اقتصادهای ژتونی شواهد روشنی وجود دارد که بیماران روانی پناهگاهی براساس اقتصاد ژتونی رفتار مناسب‌تری را نشان می‌دهند. (آیلون<sup>۹</sup> و آزرین<sup>۱۰</sup> ۱۹۶۸) ضمناً اقتصادهای ژتونی در مورد کنترل رفتار بزهکاری و پیش بزهکاری پسران موفقیت بیشتری را نشان می‌دهد. (فیلیپس<sup>۱۰</sup>، فیکسن<sup>۱۱</sup> و ولپ<sup>۱۲</sup> ۱۹۷۱). متأسفانه مطمئن نیستیم

- 
1. Perloff
  2. self reward
  3. Hall
  4. Mahoney
  5. Moura
  6. Wade
  7. Sachs
  8. Bean
  9. Ayllon
  10. Philips
  11. Fixen

که رفتار مناسبی که به وسیله چنین نظامی شکل گیری شده است، بتواند به محیط‌های طبیعی نیز تعمیم یابد.

حساسیت‌زدایی منظم بررسی و پژوهش‌های بسیار زیادی از کارآیی این روش حمایت کرده‌اند. در میان مطالعات کلاسیک مطالعه پل<sup>۱</sup> (۱۹۶۶) در مورد ترس از صحبت کردن در جمع، پژوهش داویسون<sup>۲</sup> (۱۹۶۸) در مورد هراس از مار و امری<sup>۳</sup> و کرومبولتز (۱۹۶۷) در مورد اضطراب امتحان وجود دارد. البته همه داده‌ها از حساسیت‌زدایی منظم حمایت نکرده‌اند. آنها در مورد اینکه کدام عنصر از حساسیت‌زدایی منظم برای تخفیف ترس مؤثر است، مجادلات فراوانی داشته‌اند. اگر چه اکثر نویسندگان در مورد اینکه حساسیت‌زدایی يك وسیله مؤثر است هنوز جوابی نداده‌اند. (کازدین<sup>۴</sup> و ویلکوزن<sup>۵</sup> ۱۹۷۶).

آموزش ابراز وجود اخیراً مطالعات کنترل شده در مورد این تکنیک صورت گرفته است. (هرسن<sup>۶</sup> و ایزلر<sup>۷</sup> و میلر<sup>۸</sup> ۱۹۷۴، مک‌فال<sup>۹</sup> و لیلی سند<sup>۱۰</sup> ۱۹۷۱، مک‌فال و توتی من<sup>۱۱</sup> ۱۹۷۳) البته گاهی نیز نتایج منفی به دست آمده است. به عنوان مثال یانگ<sup>۱۲</sup>، ریم و کندی<sup>۱۳</sup> (۱۹۷۳) کشف کردند که تقویت کردن ابراز وجود افراد مورد پژوهش، باعث افزایش رفتارهای مبتنی بر ابراز وجود آنها نگردید: مک‌فال و توتی من (۱۹۷۳) نشان دادند که سرمشق‌گیری به عنوان يك روش درمانی، تأثیر کمی بر

- 
1. Paul
  2. Davison
  3. Emery
  4. Kazdin
  5. Wilcoxon
  6. Hersen
  7. Eisler
  8. Miller
  9. Mc fall
  10. Lillesand
  11. Twenty man
  12. Young
  13. Kennedy

ابراز وجود داشته است. در مورد قدرت تقویت و سرمشق‌گیری در کنترل رفتار انسان، لازم است تحقیقات بیشتری صورت گیرد تا این عوامل را در آموزش ابراز وجود بررسی کند. از طرف دیگر آموزش ابراز وجود در درمان گروهی مفید است و شواهدی وجود دارد که پیشنهاد می‌کند این روش در موقعیت‌های گروهی استفاده شود. (هدکوئیست<sup>۱</sup> و وینگولد<sup>۲</sup> ۱۹۷۰، راتوس<sup>۳</sup> و ریم، هال براون<sup>۴</sup> و استوارت<sup>۵</sup> ۱۹۷۴). مطالعه‌ریم بخصوص از این جهت جالب است که افراد مورد آزمایش پرخاشگر بوده‌اند نه ترسو.

سرمشق‌گیری شرکت‌کننده<sup>۶</sup> نتیجه مطالعات مربوط به سرمشق‌گیری شرکت‌کننده، مؤثر بودنش را نشان می‌داد مخصوصاً در مورد ترس از حیوانات خاص (بندورا، بلنچارد<sup>۷</sup>، ریلتر<sup>۸</sup> ۱۹۶۹، ریم و ماهونی ۱۹۶۹). این تکنیک شاید قوی‌ترین و سریع‌ترین وسیله کاهش باشد چنانچه محرک‌های هراس کم شده و معین شوند.

غرقه‌سازی و درمان با غرقه‌سازی تجسمی آزمایشاتی که در آن شیوه‌های غرقه‌سازی به کار گرفته شده، نتایج متفاوتی را آشکار می‌سازد. دمور<sup>۹</sup> (۱۹۷۰) تفاوت اندکی را بین غرقه‌سازی و حساسیت‌زدایی پیدا کرد گرچه نشانه‌هایی در آزمایش بعدی او وجود داشت که نشان می‌داد حساسیت‌زدایی مؤثرتر است. راجمن<sup>۱۰</sup> (۱۹۶۶) غرقه‌سازی را کاملاً غیر مؤثر می‌دانست در حالی که پانچارد<sup>۱۱</sup> (۱۹۷۵) نتایج مثبتی را از آن به دست آورد. نتایج درمان با غرقه‌سازی تجسمی نیز متفاوت بود. مک کوچن<sup>۱۲</sup> و آدامز<sup>۱۳</sup> (۱۹۷۵)

- 
1. Hed quist
  2. Wein gold
  3. Rath
  4. Brown
  5. Stuart
  6. participant modeling
  7. Balanchard
  8. Rilter
  9. De moor
  10. Rachman
  11. Banchard
  12. Mc cutcheon
  13. Adams

نتایج مثبتی را گزارش کردند. در حالی که هاجسون<sup>۱</sup> و راجمن (۱۹۷۰) نتایج منفی را از آن به دست آوردند. نتایج بایکدیگر تضاد داشتند. گرچه هیچ مطالعه‌ای تاکنون نشان نداده است که درمان با غرقه‌سازی تجسمی بهتر از حساسیت‌زدایی منظم است. بیشتر نویسندگان معتقدند که هر دوی این تکنیک‌ها می‌بایست به وسیله اشخاص بسیار ماهر تحت شرایط کنترل شده به کار گرفته شوند.

شرطی‌سازی اجتنابی      شرطی‌سازی اجتنابی (اغلب شامل شرطی‌سازی رفع اضطراب) برای درمان همجنس‌گرایی تا حدی موفقیت‌آمیز بوده است. (فلدمن<sup>۲</sup> و مک‌کلوج<sup>۳</sup> و بلیک<sup>۴</sup> ۱۹۶۵) نتایج مثبت این روش را در مورد الکلیست‌ها نشان داده‌اند. اگر چه در این مطالعه کنترل ضعیفی وجود داشته است اما انحرافهای جنسی مانند مبدل‌پوشی جنسی به وسیله شیوه‌های کنترل آزارنده درمان شدند که این کار تا حدودی موفقیت‌آمیز بود. (لاوین<sup>۵</sup>، تورپ<sup>۶</sup>، بارکر<sup>۷</sup>، بلاک‌مور<sup>۸</sup> و کنوی<sup>۹</sup> ۱۹۶۱).

رویکرد شناختی      بررسی‌های آزمایشی متعددی (میشن‌بوم<sup>۱۰</sup> گودمن، ریم و لیتواک<sup>۱۱</sup> ۱۹۶۹، روسل<sup>۱۲</sup> و براندرزمن<sup>۱۳</sup> ۱۹۷۴) نشان دادند که فعالیت‌های شناختی مانند بیان کلامی بر آنچه که افراد احساس یا رفتار می‌کنند مقداری کنترل اعمال می‌کند. کار میشن‌بوم و همکارانش (میشن‌بوم و کامرون<sup>۱۴</sup> ۱۹۷۳) و ریم (ریم و

- 
1. Hodgson
  2. Feldman
  3. Mac culloch
  4. Blake
  5. Lavin
  6. Thorpe
  7. Barker
  8. Blakemar
  9. Conway
  10. Merichenbaum
  11. Litvak
  12. Russell
  13. Brandsman
  14. Cameron

ساندرز<sup>۱</sup> و وستل<sup>۲</sup> (۱۹۷۵) نشان دادند که شیوه‌هایی که برای تغییر کامل بیان کلامی خود به کار گرفته شدند، ممکن است در کاهش هراس و دیگر الگوهای رفتاری ناسازگار مؤثر باشند.

### ارزیابی

ارزیابی این دیدگاه به همان دلایلی که نمی‌توان بسادگی آنها را بیان کرد دشوار است. رفتار درمانی يك دیدگاه نیست بلکه مجموعه‌ای از دیدگاه‌هاست (نه يك آمیختگی) با موضوع کم یا بیش یکسان (نظریه یادگیری). اما دلیل دیگری نیز ارزیابی این دیدگاه را مشکل می‌کند. بسیاری از ملاکهای استفاده شده در ارزیابی دیگر دیدگاه‌ها در اینجا یا به کار برده نمی‌شوند، و یا به همان صورت در اینجا و آنجا به کار برده می‌شوند. به عنوان مثال معنای «درمان» در این دیدگاه شبیه به دیگر دیدگاه‌ها نیست. شیوه و اساس و بنیان درمان متفاوت است. شما چگونه می‌توانید رویکردی را که هدفش رها کردن مراجع از هراسی خاص یا يك عادت بد است را با رویکردی که هدفش هدایت مراجعان خود به سوی خودشکوفایی، مسئولیت یا علاقه اجتماعی است با یکدیگر مقایسه کنید؟ سیب و سیب زمینی هر دو غذای مقوی هستند اما شما چگونه سهم یگانه‌ای را که هر يك از آنها برای سلامت بدن دارند را با یکدیگر مقایسه می‌کنید؟ من فکر می‌کنم که جواب صادقانه ما این باشد، «محتاطانه» رفتار کنیم.

کارخوف و برنسون در سال ۱۹۷۷ نشان دادند که به نظر می‌رسد که سهم عمده رویکردهای گوناگون رفتاری در دیدگاه منظم و علمی آنها برای درمان نهفته است. ملاک خوب تعریف شده آنها در مورد نتیجه (به صورت و اژه رفتاری) تمایل آنها به امید دادن به مراجع جالب است در حالی که دیگر دیدگاه‌ها امید کمی و یا هیچ امیدی به مراجع نمی‌دهند: افراد بدبختی که در گوشه و کنار بیمارستانهای روانی بسر می‌برند.

رویکرد رفتاری بیش از دیگر دیدگاه‌ها به مراجع امکان می‌دهد تا فرایند درمان را

1. Saunders

2. Westel

درک نماید. این کار از طریق عرضه این فرایند همراه با اطلاعات دقیق در مورد نقش آنها در فرایند درمان و میزان پیشرفت آنها در جریان آن صورت می گیرد. ضمناً این رویکرد اطلاعات مفیدی را در مورد تقویت های موجود در محیط آنها که موجب ابقای هر نوع رفتار یعنی سازگار و ناسازگار می شود، به دست می دهد.

به نظر می رسد که محدودیتهای عمده قسمت خوب بعضی از امتیازات آن باشد. تنها ویژگی این رویکرد که درمان را بر رفتاری خاص یا مجموعه ای از رفتارها متمرکز می کند، معرفی ریسک یا خطر کردن است که درمان را محدود به مقابله با زندگی می کند. نیروی تکنیک های مختلف، راه را برای افراد غیر متعهد به اخلاق باز می کند که از قدرت این روشها سوء استفاده نمایند. بالاخره به عقیده من اعتراض اصلی به رویکردهای رفتاری این است که آنها مسئولیت اصلی اثربخشی «درمان» را از مراجع گرفته و به مشاور می دهند.





## گشتالت درمانی

اگر شما فکر می کنید که آلبرت ایس فردبی نظیری بود، باید کمی تأمل کنید تا فریتس پرلز<sup>۱</sup> را بشناسید. او بر اساس تعریف خودش، يك پزشك، يك روانكاو، يك محقق، يك خلبان و يك «پیرمرد كثیف» بود. (پرلز ۱۹۶۹). عبارت «رودخانه را هل ندهید، خودش جاری می شود.» به طور مکرر در شرح حال او دیده می شود. این طور به نظر می رسد که این عبارت مشخص کننده فلسفه زندگی پرلز باشد. شرح حال او به شیوه ای هوشیارانه و بدون ذکر شماره صفحات نوشته شده است. این شیوه کار را مشکل می کند اما نشاندهنده مقاومت و اکراه پرلز در ملزم کردن خود می باشد. عنوان شرح حال او، از نخستین مصرع شعری که خودش سروده، گرفته شده است.

درون یا بیرون سطل آشغال

خلاقیت خود را می گذارم

خواه زنده و خواه راکد

غم یا شادی را  
 خوشحالی و افسردگی آنچنانکه من داشتم  
 دوباره رسیدگی خواهد شد  
 احساس عاقل بودن یا دیوانه بودن  
 پذیرفته یا مردود می‌شود  
 آشغال و آشفتگی به پایان می‌رسد  
 و به جای يك گيجی وحشی  
 يك گشتالت معنی‌دار ایجاد می‌شود  
 از ماحصل زندگی من  
 در خلال خواندن این فصل به خاطر داشته باشید که رودخانه را هل ندهید.

### تحول تاریخی زمینه شخصی

فردریک سولومون فریتز پرلز<sup>۱</sup> (۱۸۹۳-۱۹۷۰) در برلین، در يك خانواده متوسط کم‌درآمد یهودی به دنیا آمد. او مطالب زیادی را در مورد سالهای اول زندگی و یا خانواده اش آشکار ساخته است. او خواهری کوچکتر از خود داشت که دوستش می‌داشت و خواهری بزرگتر که علاقه چندانی بدو نداشت. او شرکت گاه به گاه پدرش را در مراسم مذهبی یهودیت منافقانه تلقی می‌کرد. پرلز درجه دکترای پزشکی خود را از دانشگاه فردریک ویلهلم<sup>۲</sup> در سال ۱۹۲۰ دریافت نمود. او در مؤسسه روان‌درمانی وین و برلین زیر نظر ویلهلم رایش<sup>۳</sup>، اتوفنیشل<sup>۴</sup> و کارن هورنای<sup>۵</sup> تحصیل کرد. او در برلین بالور<sup>۶</sup> که دانشجوی کورت گلدشتاین<sup>۷</sup>

- 
1. Frederick Solomon "Fritz" Perls
  2. Friedrich Wilhelm
  3. Wilhelm Reich
  4. Otto Fenichel
  5. Karen Horney
  6. Lore (Laura)
  7. Kurt Goldstein

روانشناس پیرو گشتالت که در دوره کارشناسی ارشد درس می خواند، آشنا و با او ازدواج کرد. در سال ۱۹۳۳ زمانی که فشار هیتلر بر یهودیان افزایش یافت و این فشار غیر قابل کنترل گشت، پرلز به آمستردام<sup>۱</sup> رفت و در آنجا يك سال را در شرایطی که بی شباهت به شرایط آن فرانك<sup>۲</sup> نبود، سپری کرد. در سال ۱۹۳۴ او هلند را پیش از آنکه به دست نازی ها بیفتد ترك کرد و به ژوهانسبورگ<sup>۳</sup> آفریقای جنوبی رفت و در آنجا به عنوان روان درمانگر کار کرد. در سال ۱۹۳۵ مؤسسه روان درمانی آفریقای جنوبی را بنیان گذاشت. با بالا گرفتن آپارتاید<sup>۴</sup> در سال ۱۹۴۶ پرلز آفریقای جنوبی را به مقصد نیویورک ترك گفت. او در سال ۱۹۵۲ باتفاق همسرش و پل گودمن<sup>۵</sup> مؤسسه گشتالت درمانی نیویورک را بنیان گذاشتند. در سال ۱۹۵۶ از زندگی در نیویورک به طور کلی، و از زندگی با لورا بویژه احساس نارضایتی کرد و لذا با یکی از بیمارانش به میامی رفت و پس از اقامتهای کوتاه در چند شهر دیگر به عنوان دانشیار روانپزشك به مؤسسه «ایسالن»<sup>۶</sup> در «بیگ شور»<sup>۷</sup> کالیفرنیا پیوست (۱۹۶۴). او تا سال ۱۹۶۹ در آنجا ماند و سپس به ونکوور<sup>۸</sup> در بریتیش کلمبیا<sup>۹</sup> کانادا رفت. او تلاش کرد که در آنجا جامعه گشتالت درمانی را به وجود بیاورد، اما در مارچ ۱۹۷۰ جهان را بدرود گفت. (پاترسون<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۰، پرلز ۱۹۶۹ کی)

### زمینه نظری

پرلز شغل روانپزشکی را به عنوان يك روانكاو پیرو مكتب فروید، آغاز کرد و هرگز نتوانست به طور کامل رابطه شبه ادیپی خود را با فروید حل کند. لذا نشانه های زیادی از

1. Amsterdam
2. Anne Frank
3. Johannesburg
4. Apartheid
5. Paul Goodman
6. Esalen Institute
7. Bigsur
8. Vancouver
9. British Columbia
10. Patterson

نفوذ روانکاوی در گشتالت درمانی وجود دارد. در دهه ۱۹۲۰ پرلز با ماکس ورتایمر<sup>۱</sup>، ولف گنگ کهلر<sup>۲</sup>، کورت کافکا<sup>۳</sup> ملاقات نمود. این نظریه‌پردازان تصمیم گرفتند نظامی از روان‌شناسی را توسعه دهند که با تحلیل محرک-پاسخ رفتارگرایی که در آن زمان در آلمان محبوبیت پیدا کرده بود، اختلاف فاحش داشت. آنها متقاعد گشتند که رفتار بر اساس پدیده‌های روانشناختی استوار است که سازماندهی شده و ترکیبی از کل هاست و نه منظومه‌ای از اجزای خاص. آنها نظام خود را روان‌شناسی گشتالت نامیدند.

گشتالت يك واژه آلمانی است که واژه کاملاً مترادفی در زبان انگلیسی ندارد. شکل‌بندی، ساخت، الگوی یگانه، یا کل سازمان‌یافته معنی‌دار، از جمله واژه‌هایی هستند که تقریباً همان معنا را دارند. کلمه گشتالت به معنی این است که يك کل چیزی بیشتر و یا متفاوت از مجموع اجزای آن است. سازماندهی قسمت‌های جزئی، ساختاری را خلق می‌کند که ویژگی خاص خود را دارد. در خصوص ادراک یا تجربه کردن، معنا یا اهمیتی را به محرک وارد می‌افزاییم. این کار از طریق مزیت دادن به الگوهای خاص یا گشتالت‌هایی که ما آنها را شکل می‌دهیم صورت می‌گیرد.

روان‌شناسی گشتالت اساساً بر فرایند ادراک یا یادگیری تأکید می‌نماید. اما پرلز تنها چند اصل از روان‌شناسی گشتالت را به گشتالت درمانی منتقل نموده است. پاسونز<sup>۴</sup> (۱۹۷۵، صفحات ۱۳-۱۲) این اصول اساسی را فهرست کرده است:

۱. انسان گرایش به کامل کردن<sup>۵</sup> دارد. گشتالت کامل نشده یا ناتمام، تا زمانی که کامل شود توجه را جلب می‌کند. مکالمه بین دو نفر با این سؤال که «چه کسی در فیلم خیره شده بود؟» قطع می‌گردد و هیچکس نمی‌تواند نام آن فرد را به یاد بیاورد نهایتاً يك نفر نام آن شخص را می‌گوید. گشتالت کامل می‌شود، و مکالمه ادامه می‌یابد.

۲. انسان بر اساس نیازهای کنونی‌اش، گشتالت را کامل می‌کند. يك چیز گرد را جلوی

1. Max Wertheimer

2. Wolf Gang Kohler

3. Kurt Koffka

4. Pásons

5. closure

بچه‌هایی که بازی می‌کنند روشن کنید. آنها آن را يك توپ ادراك می‌کنند، بچه‌های گرسنه ممکن است آن را يك سیب یا يك همبرگر ادراك نمایند.

۳. رفتار انسان يك كل است که این كل از مجموعه اجزای خاص آن بزرگتر است. گوش دادن به يك قطعه موسیقی فرایندی است که این فرایند چیزی بیش از گوش دادن صرف به تئهای خاص موسیقی می‌باشد. يك آهنگ چیزی بیش از مجموعه‌ای از نتهاست.

۴. رفتار انسان را تنها می‌توان در يك بافت یا زمینه<sup>۱</sup>، به صورت معنی‌داری درك كرد. کودکی که والدینش او را با چوب می‌زنند، زمانی که معلم با يك خط کش به او نزدیک می‌شود، می‌ترسد و این کار معلم را در همان بافت یا زمینه درك می‌کند.

۵. انسان دنیا را بر اساس اصل شکل و زمینه تجربه می‌کند. در رابطه با تابلوی نقاشی، زمانی که فرد به رنگها و اشکال به عنوان شکل توجه می‌کند، آنوقت قاب و دیوار زمینه هستند. اما اگر توجه به قاب باشد آنوقت قاب شکل می‌شود و نقاشی زمینه.

گشتالت درمانی از نظر فلسفی شکلی از اگزستانسیالیسم (فلسفه وجودی) است. فلسفه وجودی می‌خواهد بداند که مردم وجود بی‌واسطه خود را چگونه تجربه می‌کنند؛ درحالی که روان‌شناسی گشتالت می‌خواهد بداند که این وجود چگونه ادراك می‌شود. پرلز در گشتالت درمانی این دورا به هم آمیخت.

پرلز از اندیشه‌ها و افکار دیگر نظریه‌پردازان نیز استفاده کرد. نقش‌گزاری روانی (سایکودراما) از مورنو<sup>۲</sup> اخذ گردید. در نگرش راجرز باز خورد به عنوان عامل درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این کار از طریق توجه به وضع بدن، حالت صدا، حرکات چشمها، احساسات و ایما و اشاره‌ها صورت می‌گیرد. در سرتاسر گشتالت درمانی نمونه‌هایی از دیدگاههای وجودی و بشر دوستانه در مورد ماهیت انسان که از افکار و دین «مشرق زمین» گرفته شده است، وجود دارد. (پاسونز ۱۹۷۵ استوارت ۳، ۱۹۷۴)

1. context

2. Moreno

3. Stewart

## نظریه شخصیت

### تعریف واژه‌ها

آگاهی (awareness)، فرایند مشاهده و توجه به افکار، احساسات و اعمال خود از جمله احساسات جسمانی و ادراکات دیداری و شنیداری است. که به عنوان يك منظره در حال حرکت به نظر می‌رسد که تجربه‌ی حالای شما را تشکیل می‌دهد.

انطباق (adaptation)، فرایندی است که بدان وسیله فرد محدودیتهایی را که در آن زندگی می‌کند، کشف کرده و خود را از غیر خود تمیز می‌دهد.

پرخاشگری (aggression)، ابزار ارگانیسم جهت تماس با محیط و برای ارضای نیازهایش می‌باشد. همچنین ابزاری است برای روبرو شدن با مقاومت جهت ارضای نیازها. هدف پرخاشگری نابودی نیست، بلکه تنها غلبه بر مقاومت است.

کسب موافقت (approbation)، فرایندی است که در آن مردم شخصیت خود را تقسیم کرده و نوعی خودانگاره<sup>۱</sup> به وجود می‌آورند: یعنی تصویری از خود که بر اساس معیارهای بیرونی است. کسب موافقت مانع از به وجود آمدن تصور سالم و خوب از خود می‌شود.

خشم معطوف به خود (retroflexion)، فرایندی است که بدان وسیله بعضی از کارکردهایی که اصولاً از جانب فرد به سوی دنیای بیرون هدایت شده بودند. مسیر خود را تغییر داده و به سوی سرچشمه و منشأ برمی‌گردند. نتیجه این کار شکاف بین خود به عنوان فاعل و کننده کار و خود به عنوان دریافت کننده است.

خود (self)، فرایند خلاقیتی است که فرد را به سوی رفتار خود شکوفا هدایت می‌کند این کار به وسیله پاسخگویی به نیازهای پیدا شده و فشارهای محیطی است. ویژگی اصلی خود، شکل دهی و تمایز گشتالت‌هاست.

خودانگاره (self-image)، بخشی از شخصیت است که به وسیله تحمیل معیارهای بیرونی مانع از رشد خلاق فرد می‌شود.

خودگردانی ارگانیک (organismic self-regulation)، فرایندی است که بدان وسیله خواست یا نیاز درونی مواجهه می‌شود و کوشش می‌کند تنش را از طریق حفظ تعادل بین خواست‌ها و نیازهای ارگانیک کاهش دهد.

درون فکنی (introjection)، پذیرش مفاهیم، معیارهای رفتار و ارزشهای دیگران بدون انتقاد است. شخصی که همیشه درون فکنی می‌کند نمی‌تواند شخصیت خود را رشد دهد.

زمینه (ground)، بخشی از زمینه ادراکی که «شکل» نباشد به عنوان زمینه شناسایی می‌شود. همراه کردن شکل و زمینه گشتالت را تشکیل می‌دهد.

شکل (figure)، چیزی است که در مرکز آگاهی همراه با دقت و توجه قرار دارد یعنی آنچه که شخص در حال حاضر بدان توجه می‌کند.

فرا فکنی (projection)، فرایندی است که بدان وسیله فرد اجزای شخصیت خود را که قادر به شناخت آنها نیست و یا از شناخت آنها امتناع می‌ورزد را به دنیای خارج نسبت می‌دهد.

قدردانی (acknowledgment)، افراد از طریق قدردانی خود را کشف می‌کنند. قدردانی شخصی کودکان را به سوی رشد حس خود و تقدیر از وجود خود هدایت می‌کند.

### ماهیت انسان

پرلز علی‌رغم آموزش روانکاوی (او احتمالاً به جای علی‌رغم می‌گوید به خاطر آموزش روانکاوی) معتقد بود که مردم می‌توانند خود را از «باروبنه تاریخی»<sup>۱</sup> رها کرده و کاملاً در زمان حال زندگی کنند. او معتقد بود که هر شخصی استعداد این را دارد که آزادانه انتخاب کند و مسئول رفتار خود باشد. (السون<sup>۲</sup> ۱۹۷۹)

خودشکوفایی<sup>۳</sup> دیدگاه خوش بینانه پرلز در مورد انسان بر این فرضیه او استوار است که همه چیزهای زنده ذاتاً به سوی خودشکوفایی کشیده می‌شوند. مثلاً خودها را (نه

1. historical baggage

2. Elson

3. self actualization



خودشان را) از قوه به فعل در آوردن. البته او این کار را به عنوان فرایندی ناتمام می‌نگرد؛ ما به طور دائم در حال شدن هستیم؛ ما هرگز به طور کامل «نمی‌رسیم». این تمایل به خودشکوفایی فطری انگیزش برای کلیه رفتارهای انسان است؛ بقیه نیازها ریشه در این نیاز دارد. (السون ۱۹۷۹) بعضی از پیروان گشتالت معتقدند که این فرایند بدان معنی نیست که فرد کوشش کند تا آنچه که نیست بشود بلکه منظور این است که فرد آنچه که هست بشود.

احتمالاً کمی انحراف فلسفی (نه سطحی) از موضوع درك شمارا از «خودشکوفایی» بیشتر می‌کند. کتاب فرهنگ لغت در لبهٔ میز تحریر من به صورت مشروط قرار دارد این فرهنگ ۵۱ درصد هست و ۴۹ درصد نیست. کتاب در واقع روی میز است. در حال حاضر آنچه که در مورد کتاب وجود دارد «بودن روی میز است». اما در مورد کتاب آنچه که احتمال آن می‌رود - توان - افتادن از روی میز است. بنابراین وقتی که کتاب روی میز است، دو نوع شرایط در مورد آن وجود دارد. «بودن روی میز» که در عمل و بالفعل هست. «افتادن از روی میز» که به صورت بالقوه وجود دارد. اگر آرنج من به کتاب بخورد و آن را ببندد، هر دوی آن شرایط در آن هست. اما برعکس، حالا افتادن از روی میز بالفعل است. تا وقتی که آن را بردارم و سر جایش بگذارم - بودن بر روی میز به صورت بالقوه است. وقتی که ما از خودشکوفایی صحبت می‌کنیم منظورمان بالفعل کردن یا واقعیت بخشیدن به بخش‌هایی از خود است که در حال حاضر تنها به صورت بالقوه وجود دارند. تحقق بخشیدن مانند کتاب نیست که زمانی که از روی میز افتاد می‌بایست همانجا باقی بماند یا اینکه کسی آن را بردارد، خود قادر است که به صورت نامحدودی از قوه به فعل در آید.

خودگردانی<sup>۱</sup> پرلز، هفرلین<sup>۲</sup> و گودمن (۱۹۵۱) معتقد بودند که هر ارگانیسمی سعی دارد که به وسیله کامرواسازی یا حذف نیازهای به وجود آمده که تعادل فرد را به هم زده‌اند، به تعادل حیاتی<sup>۳</sup> دست یابد. آنها به این فرایند تعادل حیاتی «خودگردانی ارگانیسمی» نام نهادند. زمانی که ارگانیسم نوعی در دریا تجربه می‌کند (عدم تعادل)، او

1. self - regulation

2. Hefferline

3. homeostasis

می تواند خود گردانی را از طریق تخلیه تنش به وسیله تجربه هیجانی شدید یا بر آوردن آن نیاز انجام دهد. معنای ضمنی آن این است که گرچه ما استعداد آگاهی از عدم تعادل خود را داریم و می دانیم که باید آن را متعادل و اصلاح کنیم، اما در حقیقت آن کار را از طریق زندگی کامل در اینجا - و - حالا<sup>۱</sup> انجام می دهیم. بنابراین مرکز یا اساس خود گردانی ارگانیسمی، آگاهی است. (السون ۱۹۷۹)

آگاهی آگاهی کلید گشتالت درمانی است. تمام این رویکرد بر اساس کمیت و کیفیت آگاهی مراجع است. اجتناب از آگاهی مشکل را تشدید می کند زیرا به جای هدایت انرژی به سوی بر آوردن نیاز، این انرژی صرف بازداشتن نیاز یا هیجانی می شود که نیازی را اعلان کرده و خبر داده است.

پرلز بیشتر به عمل و تجربه علاقه مند بود تا به فلسفه. او به اهمیت فلسفه گشتالت درمانی پی برد، اما در مورد به وجود آوردن يك فلسفه منظم گشتالت درمانی مردد بود. با این حال چه این فلسفه ها روشن باشند یا پنهان، فرضیاتی در مورد ماهیت انسان و تجربه در گشتالت درمانی وجود دارد. چندین فرضیه اصلی در مورد ماهیت انسان وجود دارد که اساس گشتالت درمانی را تشکیل می دهد. (پاسون<sup>۲</sup> ۱۹۷۵، صفحه ۱۴):

۱. انسان يك كل است شامل جسم، هیجانات، افکار، احساسات و ادراکات که همه اینها در ارتباط با یکدیگر عمل می کنند.

۲. انسان بخشی از محیطش است و نمی تواند بدون آن درك شود.

۳. انسان موجودی فعال است نه موجودی واکنشی. او پاسخهای خود را به محرکهای برونی و درونی تعیین می کند.

۴. انسان قادر است از احساسات، افکار، هیجانات و ادراکات خود آگاه شود.

۵. انسان از طریق آگاهی قادر به انتخاب است و بنابراین مسئول رفتار آشکار و پنهان خود است.

1. here - and - now

2. Passon

۶. انسان مالك منابع و وسایلی برای زندگی موثر است و خود را از طریق سرمایه‌های خود اعاده می‌کند.

۷. انسان تنها می‌تواند خود را در زمان حال تجربه کند. گذشته و آینده تنها در زمان حال از طریق به یاد آوردن و پیش‌بینی کردن می‌تواند به تجربه درآید.

۸. انسان ذاتاً نه خوب است و نه بد.

### ساختار شخصیت

به نظر پرلز شخصیت نتیجه تعامل فرد با محیط ادراک شده‌اش می‌باشد. از لحظه تولد به بعد، انسان در تعامل با محیط است. زمانی رشد صورت می‌گیرد که مواد (عناصر محیطی) از طریق انطباق، قدردانی و موافقت جذب شوند. در این فرایند، فرد سعی می‌کند تا نیازهای فعلی خود را به وسیله شکل دادن گشتالت‌ها برآورد. (هنسن<sup>۱</sup>، استویک<sup>۲</sup>، وارنو<sup>۳</sup> ۱۹۸۲)

شخصیت از سه بخش مجزا تشکیل شده است. خود، خود‌انگاره و بودن. بودن، موجودیت لازم و ضروری ارگانیزم است. شبیه به «ارگانیزم» راجرز، خود بخش خلاق شخصیت است که شکوفایی را موجب می‌شود؛ خود‌انگاره طرف تاریکتر شخصیت است که مانع از رشد می‌شود. خود و خود‌انگاره به نظر می‌رسد که بعضی از عناصر شکل‌بندی سمت راست و چپ مغز را دارد؛ یا عبارت دیگر خود و خود‌انگاره به نظر می‌رسد که بعضی از خواص خود و فراخود<sup>۴</sup> را به طور نسبی دارند. به هر صورت زمانی که فرد با محیط تماس می‌گیرد خود یا خود‌انگاره رشد می‌یابد، از آنجا که هر انسانی استعداد و ظرفیت ثابتی برای رشد دارد، لذا یک تعارض درونی بین آنچه که خود می‌خواهد انجام دهد و آنچه که خود‌انگاره می‌گوید که باید انجام شود به وجود می‌آید. (هنسن ۱۹۸۲)

1. Hansen

2. Stevic

3. Warner

4. superego

## رشد شخصیت

پرلز، رشد شخصیت را به همان صورت سازمان یافته‌ای که فروید و راجرز عنوان کردند، تشریح نکرد، زیرا که او آن را بدان گونه نمی‌دید. رشد شخصیت برای پرلز زنجیره‌ای از مراحل زمانی نبود. حتی برای او یک مسیر روشن به سوی نقطه پایانی معلوم معین نیز نبود. در عوض رشد شخصیت برای پرلز یک آشکار سازی پیوسته و شکوفایی مداوم توان بالقوه انسان است که موجب «سازگاری خلاق» می‌شود. (پرلز ۱۹۵۱). تأکید پرلز فرایند حرکت از حمایت محیط به سوی حمایت شخصی است، این فرایند همان تعریف پرلز از بالیدگی<sup>۱</sup> است (پرلز ۱۹۶۹). به نظر پرلز یکی از عوامل اصلی تسهیل کننده رشد ناکامی است. دقیق تر بگویم فرصت غلبه بر ناکامی است. زمانی که والدین، کودکان خود را در مقابل ناکامی حمایت می‌کنند، کودکان یاد می‌گیرند که انرژی خود را به جای غلبه بر ناکامی به سوی اجتناب از ناکامی هدایت کنند، که این کار همان جلوگیری از رشد است. یاد گرفتن چگونگی غلبه بر ناکامی برای رشد ضروری است. اگر والدین استفاده مناسب را هم از ناکامی و هم از حمایت ببرند، آنوقت کودکان آنها یاد می‌گیرند که چگونه منابع خود را برای استقلال رشد دهند. این کار موجب تسهیل رشد «خود» و قطع خودانگاره می‌شود. متأسفانه والدین اغلب سپر و حامی کودکان خود در برابر ناکامی هستند، بنابراین با این کار رشد خودانگاره را تسهیل می‌کنند و موجب قطع رشد «خود» می‌شوند و این کار اغلب زمانی که حمایت والدینی به شکل تأیید است صورت می‌گیرد. از آنجایی که این کار تأیید والدینی است، لذا کودکانشان آن را به عنوان باید ادراک می‌کنند و آن را به صورت معیاری برونی که تا آن حد سنجیده می‌شود در می‌آورند. بنابراین آنها بجای آنکه از انرژی هایشان در جهت رشد خلاق استفاده مفید ببرند، سعی می‌کنند که انرژی خود را صرف سنجیدن خودشان با یک نفر دیگر کنند و بنابراین آن را هدر می‌دهند. این همان معیار درونی شده است که پرلز آن را «خودانگاره» می‌نامد.

خود و خودانگاره هر دو از طریق تعامل با محیط رشد می‌کنند. زمانی که خودانگاره

«عهده‌دار کار» است، افراد اطمینان به توانایی‌های فطری خود ندارند، و سعی دارند که کنترل عمدی بر گرایش خودگردانی اعمال کنند. بنابراین آگاهی‌راسد کرده و خودشکوفایی را ناکام می‌کنند. از طرف دیگر زمانی که آنها به وسیله خود، شناسایی می‌شوند، به جای اینکه سعی نمایند موقعیت (یا خودشان) را کنترل کنند، بسادگی و به صورت خلاق خود را با موقعیت سازگار می‌کنند و سعی می‌نمایند تا آنچه هستند بشوند. البته منظور این نیست که بیهوده و عبث سعی نمایند که آنچه را که نیستند بشوند. شخصیت سالم را می‌توان به عنوان گشتالت متحد و یک کل معنا کرد. به هر حال به کل تنها از طریق شناسایی و ظهور «خود» می‌توان دست یافت. (السون ۱۹۷۹)

### رشد رفتار ناسازگار

افرادی که رفتار آسیب‌شناختی را نشان می‌دهند کوشش دارند تا بر گرایش‌های خودگردانی خودبخودی از طریق اعمال کنترل عمدی بر خودشان غلبه کنند. آنها به جای اینکه سعی نمایند «خود» را تحقق بخشند و به خودشکوفایی برسند، سعی دارند «خودانگاره» شان (دیدگاه تحریف شده و غیر واقعی از خودشان) را تحقق بخشند. (وارد<sup>۱</sup> و روزر<sup>۲</sup> ۱۹۷۴). شیوه‌های شاخصی وجود دارد که در آن شیوه‌ها انسان‌ها رفتار ناسازگار خود را آشکار می‌سازند، هر یک از این شیوه‌ها شناسایی خودانگاره را نیز همراه دارد. گشتالت درمانی رفتارهای ناسازگار را بدون توجه به شکلی که دارند، به عنوان اختلال در رشد و تسلیم «خود» در مقابل خودانگاره می‌بیند. (السون ۱۹۷۹)

فرافکنی افکار، احساسات، نگرش‌ها و اعمال نامقبولی که با خودانگاره ناهمسان هستند، می‌توانند به دیگران فرافکن شوند. معمولاً دیده شده است که آنچه فرافکنی می‌شود بعداً به سوی آن کسی که فرافکنی می‌کند برمی‌گردد. (السون ۱۹۷۹) پرلز این مطلب را بهتر بیان می‌کند. «مادر خانه‌ای که از آینه پوشیده شده است می‌نشینم و فکر می‌کنیم که داریم بیرون را تماشا می‌کنیم.» (پرلز ۱۹۶۹، صفحه ۱۵۸)

1. Ward

2. Rouzer

درون فکنی حفره‌هایی که به خاطر بخشهای بیگانه از خود به وسیله فرافکنی به وجود آمده‌اند، به وسیله درون فکنی پر می‌شوند؛ شناسایی‌های غلط بر مبنای خواست‌های برونی، فرافکنی با «نبایدهای» خودانگاره سروکار دارد و درون فکنی با «بایدها».

خشم معطوف به خود در فرافکنی بخشی از خود به سوی محیط فرافکن می‌شود؛ در درون فکنی بخشی از محیط به سوی خود هدایت می‌شود؛ در خشم معطوف به خود هر دو اتفاق می‌افتد. خشم معطوف به خود معمولاً زمانی روی می‌دهد که رفتاری که به سوی محیط هدایت شده و ناموفق بوده، معمولاً به صورت مبدل دوباره به خود فرد برمی‌گردد. به عنوان مثال فردی که نیاز دارد از محیط حمایت دریافت کند، ممکن است شخصاً در حالی که دستهایش را به دورش پیچیده بنشیند یا بایستد. گویی که خود را بغل کرده است. زیرا هیچکس دیگر او را بغل نمی‌کند. (السون ۱۹۷۹، وارد و روزر ۱۹۷۴) پاسونز (۱۹۷۵) انواع مشکلات مردم را به ۶ دسته تقسیم می‌کند:

۱. کمبود آگاهی که معمولاً در افرادی که دارای شخصیت‌های انعطاف ناپذیر هستند دیده می‌شود. آنها از طریق سرمایه‌گذاری‌های زیاد انرژی برای ارضای خواست‌های خودانگاره تماس خود را به «چه» و «چگونگی» رفتارشان از دست می‌دهند. آنها توانایی خلاق برای مقابله با محیط را نیز از دست می‌دهند، آنها تبدیل به انسانهایی می‌شوند که اتفاقات برای آنها رخ می‌دهند؛ آنها زندگی نمی‌کنند بلکه فقط وجود دارند.

۲. کمبود مسئولیت که به وسیله کوشش فرد برای دستکاری محیط به جای هدایت خود آشکار می‌شود. پرلز به مسئولیت به عنوان «توانایی پاسخگویی»<sup>۱</sup> نگاه می‌کرد یعنی توانایی پاسخگویی خلاق به محیط. کسی که از مسئولیت فرار می‌کند تصمیم می‌گیرد که خودش را به حساب نیاورد و بنابراین آزاد است که نقش مقصر یا تقصیر کار را برای خود فرض کند.

۳. از دست دادن تماس با محیط به دو صورت اتفاق می‌افتد. در حالت اول؛ مرزهای فرد آنقدر خشک و انعطاف ناپذیر می‌شوند که هیچ نوع درون دادی از محیط پذیرفته

نمی‌شود. کاتاتونی<sup>۱</sup> یا اوتیسم<sup>۲</sup> (در خود مانده) نمونه‌های شدید این نوع کناره‌گیری هستند. در حالت دوم، این مشکل در خود فرد وجود دارد. فرد نیاز شدیدی به موافقت دارد. او خود را در محیط گم کرده است: مرزهای او غیر قابل تشخیص است و بین خود و خودانگاره وجه تمایز کمی وجود دارد و یا اصلاً وجود ندارد.

۴. کار یا موضوع ناتمام<sup>۳</sup> همان گشتالت کامل نشده است که نوع دیگری از مشکل می‌باشد. کار یا موضوع ناتمام یک نیاز برآورده نشده و یا یک موقعیت میان فردی کامل نشده است که برای فرد مهم می‌باشد. تنفر معمولی‌ترین شکل موضوع ناتمام می‌باشد. به عنوان مثال فردی که از دست همسرش ناراحت و عصبانی است ولی قادر به بیان آن احساس به صورت مستقیم نیست. آنوقت آن احساس به صورت تنفر در دیگر فعالیت‌ها و ارتباطات فرد خود را نشان می‌دهد. زمانی که کار یا موضوع ناتمام به اندازه کافی قوی باشد، فرد با اشتغال فکری، رفتار و سواسی، احتیاط، انرژی ناراحت کننده و بسیاری از فعالیت‌های علیه خود احاطه می‌شود. کار یا موضوع ناتمام باعث می‌شود که او برای کامل کردن آن حتی در فعالیت‌های معمولش نیز کوشش کند. فردی که کار یا موضوع ناتمامی فکر او را اشغال کرده است، معلوم است که نمی‌تواند تمام آگاهی خود را به موقعیت کنونی معطوف دارد.

۵. چندپارگی<sup>۴</sup> زمانی که فردی یکی از نیازهایش را انکار کند رخ می‌دهد، مثل نیاز به پرخاشگری. بجای اینکه انرژی به سوی ارضای سودمند نیاز، هدایت شود، فرد وجود آن نیاز را انکار می‌کند و بنابراین انرژی تولید شده را از دست می‌دهد.

۶. دومقوله‌گی خود<sup>۵</sup> نوع دیگری از چند پارگی است. یک نوع دیدن و مشاهده خود آن هم تنها در یکی از دو قطب یک پیوستار مانند قوی یا ضعیف، مردانه یا زنانه، با قدرت یا بی‌قدرت.

1. catatonia

2. autism

3. unfinished business

4. fragmentation

5. dichotomizing the self

## نظریه مشاوره

### دلیل تغییر

در گشتالت درمانی تغییر جایز است: برای تغییر برنامه‌ریزی، جستجو و یا درخواست نمی‌شود. پرلز نظریه تغییر گشتالت را به صورت واضح و روشن، مشخص و معلوم ننمود. اما می‌توان دیدگاه او را در این مورد از میان نوشته‌ها و کارهایش جمع‌آوری نمود. تغییر زمانی رخ می‌دهد که فرد آنچه که هست بشود نه اینکه فرد کوشش کند که آنچه که نیست بشود. عبارت دیگر تغییر درمانی، زمانی در من روی می‌دهد که من بیشتر خودم باشم نه اینکه سعی کنم که کمتر خودم باشم و بیشتر شخص دیگری باشم. (بیسر<sup>۱</sup> ۱۹۷۰)

### فرایند مشاوره

«ماهیت گشتالت درمانی، تجربه‌ای است بین من و تو در اینجا و حالا. به مراجع کمک می‌شود که چه و چگونگی اجتناب کردن خود را کشف کند. این کار از طریق تمرکز بر آگاهی، آزمایش کردن مستقیم، گسترش رفتار و احساس ناکامی و حمایت ماهرانه که موجب می‌شود آگاهی فرد از اجتناب، فرافکنی و دیگر فرایندها بیشتر شود و ضمناً مراجع به‌طور کامل و ارضا کننده در زندگی خود دخالت می‌کند و ظرفیت او برای آگاهی بتدریج زیاد می‌شود و منجر به مسئولیتی می‌گردد که انتخاب را برای او آسان می‌سازد.» (رادر<sup>۲</sup> ۱۹۷۷، صفحه ۵۵۹)

پرلز (۱۹۶۹، صفحه ۴۴) اظهار داشت که برای درک فرایند درمان گشتالت مشاور باید بر «حالا» و «چگونگی» رفتار مراجع متمرکز شود. برای ما تنها زمان حال قابل دسترسی است: ما می‌توانیم گذشته را به خاطر آورده و آینده را پیش‌بینی کنیم اما نمی‌توانیم مستقیماً کاری در یکی از آن دو مورد انجام دهیم. ما تنها می‌توانیم در زمان حال زندگی و عمل کنیم. بنابر این آگاهی ما می‌بایست در زمان حال باشد: فرد در زمان حال می‌بایست بر آن رفتارهایی تمرکز یابد که کوشش او را برای اجتناب از کار یا

1. Beisser

2. Rader



موضوع ناتمام دردناک آشکار می‌سازد. آگاهی از این نوع رفتارها نشان‌دهنده شیوه کار هیجانی مراجع است. بنابر این فرایند گشتالت درمانی بر «حالا» و «چگونگی» تمرکز دارد تا بدان وسیله آگاهی مراجع را افزایش دهد. و در نتیجه خود را رها می‌سازد تا سازگاری خلاق با محیط داشته باشد.

### اهداف مشاوره

طبق نظر پرلز (۱۹۶۹، صفحه ۲۶) «ما هدف و مقصد خاصی در گشتالت درمانی داریم... هدف بالیدگی و رشد است.» این بالیدگی به وسیله حرکت از حمایت محیطی به حمایت خود، به دست می‌آید. حمایت خود از طریق مسئول بودن به دست می‌آید. دومین هدف اصلی گشتالت درمانی یکپارچگی است. کسانی که یکپارچه هستند به صورت یک کل منظم عمل می‌کنند که این کل شامل احساسات، ادراکات، افکار و جسم است که فرایند آنها از اجزای روانشناختی مجزانیست. زمانی که حالات درونی افراد و رفتار آنها با یکدیگر هماهنگ است، آنوقت انرژی کمتری در آرگانیسم به هدر می‌رود و آنها بیشتر قادر به برآوردن نیازهای خود به صورت مناسب هستند. کسانی که کمتر یکپارچه هستند، درون آنها تهی است و شکاف وجود دارد، که مانع از استفاده کامل آنها از منابع موجود در درونشان می‌شود.

اهداف گشتالت درمانی آموزش به افراد است تا احساس مسئولیت کنند و کارکرد خود را تسهیل نمایند. این اهداف تنها به صورت تقریب، قابل حصول است. (پاسونز ۱۹۷۵) «یکپارچگی کامل وجود ندارد. یکپارچگی هرگز کامل نمی‌شود. بالیدگی هرگز کامل نمی‌شود. این یک فرایند مستمر و برای همیشه است... همیشه چیزی برای یکپارچگی و چیزی که یاد گرفته شود وجود دارد.» (پرلز ۱۹۶۹، صفحه ۶۴) آشکار است که سازگاری با جامعه از اهداف گشتالت درمانی نیست. (پاسونز ۱۹۷۵)

### آموزش مشاور

آموزش در گشتالت درمانی نوعاً در برنامه سنتی کارشناسی ارشد مشاوره به صورت تماس با یک یا چند استاد صورت می‌گیرد (در کلاسها که هویت حرفه‌ای این استادان

گشتالتی است). آموزش خاص و فشرده نیز در یکی از مؤسسات گشتالت می تواند به دست آید.

مؤسسات گشتالت درمانی به افراد حرفه‌ای، گروه‌های رشد و افراد ارجاعی آموزش می دهند. لیست مؤسسات يك لیست جامع نیست و همچنین به معنی تأیید هیچ يك از برنامه‌ها نیست. این قبیل مؤسسات بسرعت زیاد می شوند و هیچ روشی نیز برای ارزیابی کارکنان حرفه‌ای و برنامه‌های آنها نیست. چهار مؤسسه اول آموزش بسیار وسیعی را در زمینه گشتالت درمانی در آمریکا تدارك می بینند. (برای آگاهی از آدرس مؤسسات به انتهای فصل هشتم کتاب مراجعه شود).

### کارکرد مشاور

همانگ با نظریه تغییر، کارکرد و وظیفه اصلی درمانگران گشتالتی این است که آگاهی مراجع را تسهیل نمایند. برای انجام این کار مشاور ابتداء رابطه‌ای را از طریق ورود به زمان حال مراجع برقرار می سازد. او تعبیر و تفسیر نمی کند اما بر «چه» و «چگونگی» تجربه مراجع در آن لحظه تأکید می کند، درمانگر از وسایل بسیار متفاوتی برای افزایش آگاهی مراجع استفاده می کند اینها معمولاً به عنوان تجربه به مراجع ارائه می گردد. به مراجع كمك می شود تا از تفاوت بین بیانات کلامی و غیر کلامی خود آگاه شود. همه این کارکردها در جهت افزایش آگاهی مراجع از «حال» است. آنوقت این آگاهی یافتن، هم خودروشن است و هم هدف. مارشال مك لوهان<sup>۱</sup> (۱۹۶۷) معتقد بود که وسیله (تلویزیون) خود پیام می شود. (پاسونز ۱۹۷۵)

در بعضی از مثالها، درمانگران گشتالتی می بایست به عنوان والدینی مؤثر برای مراجعان خود خدمت کنند: زمانی که به مراجعان اجازه می دهند که با ناکامی خود روبرو شوند، از آنها حمایت می کنند، به مراجعان اجازه می دهند آن کسی باشند که هستند، و در همان حال آنها را تشویق به ریسک کردن می کنند؛ زمانی که از حمایت بیش از حد پرهیز می کنند به آنها رسیدگی می نمایند. درمانگران گشتالتی در اوقات دیگر به عنوان معلم عمل

می‌کنند و مراجعان خود را به سوی يك زندگی مؤثر همراه با مهارت‌های مقابله با آن هدایت می‌نمایند. (لوین<sup>۱</sup> و شفرد<sup>۲</sup> ۱۹۷۴)

لوتیسکی<sup>۳</sup> و پرلز (۱۹۷۰) شش قانون را برای هدایت درمانگران گشتالتی پیشنهاد می‌کنند:

الف. در اینجا و حالا بمان.

ب. بر تجربه مستقیم تأکید کن و به فعالیت‌هایی مانند صحبت کردن در مورد چیزی، تحلیل کردن و حدس زدن و غیره نپرداز.

ج. تأکید بر اینکه مراجع خود را کشف کند.

د. بر آگاهی مراجع تأکید کن.

هـ. از ناکامی استفاده مفید بکن.

و. بر مسئولیت و انتخاب تأکید کن.

در این چارچوب روش‌ها و تکنیک‌ها، تنها به خاطر خلاقیت درمانگر محدود می‌شوند.

## تمرین مشاوره

### تکنیک‌های عمده

آنچه که در زیر می‌آید به عنوان يك مطالعه مجمل از انواع کارهایی است که درمانگران گشتالتی انجام می‌دهند؛ این لیست البته به معنی تجویز کردن نیست و ضمناً يك لیست جامع هم نیست - فقط يك نمونه است. (السون ۱۹۷۹)

۱. آگاهی مستقیم<sup>۴</sup> به گونه‌ای ساده می‌توان گفت که سؤالات مستقیم بر آگاهی

مراجع از حالا و چگونه تأکید می‌کند: «چگونه از وضعیت خود آگاهی داری؟»

«چگونه عصبانی هستی؟» «دستان شما چه می‌کنند؟»

1. Levin

2. Shepherd

3. Levitsky

4. directed awareness

۲. بازی گفتگو<sup>۱</sup> درمانگر از مراجع می خواهد که بین دو بخش متعارض خود گفتگویی برقرار کند. مثلاً از دانش آموزی که در نوشتن يك مقاله مشکل دارد خواسته می شود که با مقاله بحث کند مراجع (دانش آموز) هر دو نقش را بازی می کند نقش خودش و نقش مقاله.

۳. بازی فرافکنی<sup>۲</sup> زمانی که مراجعان از فرافکنی های خود آگاه نباشند از آنها خواسته می شود که رفتار یا نگرشی را که فرافکنی می کنند بازی نمایند. مثلاً از مراجعی که شخص دیگر را متهم می کند که او فردی خودخواه است، خواسته می شود که نقش يك شخص مغرور و خودخواه را تا آنجا که ممکن است بازی کند.

۴. تکنیک وارونه<sup>۳</sup> در این تکنیک از مراجعان خواسته می شود که به شیوه ای مخالف رفتار خاص خود عمل کنند. مثلاً از يك فرد پر خاشاکر بددهن خواسته می شود که نقش آن قسمت دیگر یعنی آدم فروتن و محترم را بازی کند.

۵. فرض مسئولیت<sup>۴</sup> درمانگر از مراجع می خواهد که عبارت «من مسئولیت آن را می پذیرم، را بعد از هر جمله ای که می گوید تکرار نماید. هدف این روش این است که به مراجع کمک نماید تا او خود به تنهایی مسئول افکار، احساسات و اعمالش باشد. بنابراین مراجع ممکن است بگوید «من عصبانی هستم و مسئولیت آن را می پذیرم».

۶. حفظ يك احساس<sup>۵</sup> مراجعان اغلب می خواهند که از احساسات شدید خود اجتناب کنند. این روش مراجع را مجبور می کند که احساس خود را حفظ نماید. بنابراین آن احساس محصور می شود. مشاور می تواند از مراجع بخواهد تا آن احساس را به صورت اغراق آمیزی بیان نماید تا نیاز به اجتناب اشباع شود.

۷. ممکن است جمله ای به شما بگویم روشی دیگر برای آگاه نمودن مراجع از احساسات یا افکار شدید قبلی این است که مشاور عبارتی را به مراجع بگوید آن جمله

1. games of dialogue
2. playing the projection
3. reversal techniques
4. assuming responsibility
5. staying with a feeling

باعث روشن شدن احساس یا نگرش مراجع می‌شود. احساس یا نگرشی که مراجع از آن آگاهی ندارد.

۸. شخصی کردن ضمایر تو حرف می‌زنی یا او حرف می‌زند از جمله راههایی است که مردم بدان وسیله خود را از تجاربشان مجزا می‌سازند. مثلاً ممکن است کسی بگوید. «مطمئناً اینجا گرم است.» یا «تو می‌توانستی بفهمی که او واقعاً عصبانی بود.» مشاور گشتالتی از مراجع می‌خواهد که جملات خود را دوباره بسازد «من خیلی گرمم است.» «من می‌توانستم بفهمم که او واقعاً عصبانی بود.» در این صورت مراجع آگاهی بیشتری از تجربیات خود کسب می‌کند و بهتر قادر خواهد بود که آنها را در تجربیات کلی خود یکپارچه نماید.

۹. سؤال نشود با دقت گوش دادن باعث می‌شود بفهمیم که سؤال کننده به دنبال کسب اطلاعات نیست بلکه از بیان مطالب اجتناب می‌کند. مشاور به مراجع پیشنهاد می‌کند «جمله‌ای را که در پشت آن سؤال است» بیان کند. بنابر این مجدداً مراجع را رودرروی بخش انکار شده خود قرار می‌دهد.

۱۰. رؤیا مشاوران پیرو گشتالت بر خلاف روانکاوان رؤیاها را تعبیر و تفسیر نمی‌کنند بلکه از مراجع می‌خواهند که رؤیا را به زندگی برگرداند و خود در آن «مشارکت» نماید. به گونه‌ای که آن رؤیا دارد اتفاق می‌افتد. رؤیا بیننده، خود بخش فعالی از رؤیا می‌شود. این کار بدین وسیله صورت می‌گیرد که از رؤیا بیننده خواسته می‌شود تا خود یکی از قسمت‌های رؤیا «بشود» یعنی به جای فرد، حالت، شیء و اتفاق. در این صورت قسمت‌های رؤیا با یکدیگر گفتگو می‌کنند و فرافکنی مراجع از طریق بازی بیان می‌شود. (پاترسون ۱۹۸۰)

### پارامترهای درمان

گشتالت درمانی بیشتر به صورت انفرادی انجام می‌شود تا به صورت گروهی. پرلز در پایان زندگی خود کارگاههای گشتالت درمانی را اداره می‌کرد. (و عمده‌تأ مشاوره فردی را با یکی از حضار) البته این کار جزو کارهای معمول بسیاری از گشتالت درمانگران نیست.

## مورد پژوهی

مورد پژوهی زیر از سیمکین<sup>۱</sup> (۱۹۷۰، صفحات ۱۶۶-۱۶۲)

مراجع: من زمانی که روی صندلی نشستم و دستانم را بر روی دسته صندلی گذاشتم آگاهی داشتم درست اینجا و گرما هنوز اینجا بود، برای لئو<sup>۲</sup> و گرما را در دستهای سردم تجربه می کردم. (با صدای یکنواخت) و... من دارم عرق می کنم و... ضربان قلبم تند شده و من احساس می کنم... دارم فرو می روم، نفسم را حبس کرده ام (سکوت). احساس می کنم که چیزی سفت و سخت در شانه هایم است و... درمانگر: به نظر می رسد که فشار زیادی دارد به تو وارد می شود.

مراجع: بله دارد به من فشار می آید فشار...

درمانگر: آیا با این همه فشار می توانی ادامه بدهی یا نه؟

مراجع: فشار وارد می شود و رها می شود. آنقدر فشرده شده ام... درست مثل اینکه گره خورده ام. (آه کشید و با صدای لرزان). و وقتی که من باز و بی پرده می شوم (دستها از هم باز شده و پاها به صورت غیر ضربدر) احساس می کنم که به مردم و اتاق اجازه می دهم که به درون من بیایند و می توانم از آنچه که در اتاق می گذرد مطلع باشم و یا از جیم و لئو و بیل و بقیه ها آگاه باشم و زمانی که اینگونه باشم (دستها بسته و پاها به صورت ضربدر روی هم گذاشته) آنوقت بقیه ها و تو شروع می کنی به ناپدید شدن. و من تنها از خودم آگاهی می یابم.

درمانگر: بله تو همین حالا چه کار کردی؟

مراجع: من نفسم فرو بردم. و من بریدن نفسم و انقباض آن را در اینجا تجربه کردم. همینجا (به سینه اش اشاره می کند)

درمانگر: (روی خود را به گروه می کند) من معمولاً تحت تأثیر چیزهایی که بارها و بارها می بینم قرار می گیرم - اینکه يك نفر مطلبی را در مورد خودش یاد می گیرد؛ که مثلاً

1. Simkin

2. Leo

اگر او این کار را بکند، اتفاقی می‌افتد و اگر آن کار دیگر را بکند، اتفاق دیگری می‌افتد. من نمی‌فهمم که چرا او از آنچه که یاد گرفته استفاده نمی‌کند و از تجربه کردن اجتناب می‌کند؟

مراجع: اجتناب زیبا و قشنگی است.

در مانگر: بله آنوقت به خودم می‌گویم که «من فرداروی آن کار می‌کنم» یا «من این مطلب را در کامپیوترم قرار می‌دهم و تا هفته آینده آن را نگه می‌دارم.»

مراجع: (مکث) یعنی این کار باعث شده که من با يك کار یا موضوع ناتمام تنها گذاشته شوم. در مانگر: این کار؟

مراجع: من خود را با يك کار یا موضوع ناتمام تنها می‌گذارم. در مانگر: چگونه؟

مراجع: به خاطر همراه نبودن با احساسم.

در مانگر: من مایلیم «این» را تقویت کنم (اشاره می‌کند به دست مراجع که فشرده شده) و من مخالف اجتناب شما از تجربه کردن هستم (مکث) حالا من گیر کرده‌ام. اگر کاری نکنم مری آنجا خواهد نشست (آه می‌کشد) این کار يك دام و تله بسیار عالی است.

مراجع: تو - تو منظور این است که فشار و احساسی را که به من دست می‌دهد آزمایش کنم و کارمان را ادامه دهیم؟

در مانگر: کاش من سیگار فریتز را داشتم (در انتظار درماندگی مری) مراجع: نمی‌دانم بعد از این چکار کنم.

در مانگر: (گفتگو با خودش را شروع می‌کند) جیم آیا مری به خود فشار می‌آورد؟ بله اما اگر از مری خواسته شود که به خودش فشار بیاورد آنوقت او کاری انجام نمی‌دهد. او فقط آنچه را که تو می‌خواهی انجام می‌دهد. بنابراین جیم، بگو مری چگونه می‌تواند از این قید و بند خلاص شود؟ مری به جهنم، من چگونه می‌توانم از این قید و بند و گرفتاری خلاص شوم؟ (خنده ملایم) تو خودت را گیر انداختی (مکث بلند) چه چیزی را تجربه می‌کنی؟

مراجع: من این تجربه را می‌کنم که می‌خواهم... به تو قدرتی بدهم... که مرا از این قید و بند

نجات دهی... و من احساس درماندگی می‌کنم و... «من چه کار می‌کنم؟»

درمانگر: تو چه کار می‌کنی؟

مراجع: من اینجا نشسته‌ام، روی صندلی و پای چپ من بر روی پای راست من است و دارم به تو نگاه می‌کنم (درمانگر: بله) و من نفسم را فرو برده‌ام و دستم به این طرف و آن طرف دسته صندلی می‌رود (مکث) من می‌خواهم - بازور خود را به جلو ببرم و حرکت بدهم (مکث) من می‌خواهم که مرا بگیری و به داخل بکشی.

درمانگر: بله می‌دانم. این چیزی است که از همان اول با تو تجربه کرده‌ام و فکر می‌کنم که این کلیدی است برای اینکه من چگونه با تو گیر می‌افتم و تو چگونه گیر می‌افتی. آنچه که از من می‌خواهی این است که تو را به جلو حرکت دهم. آنچه که من از تو می‌خواهم برای خودت هست که خودت را حمایت کنی و کاری برای خودت انجام دهی و من کناری می‌نشینم و منتظر می‌مانم. «آه! مری حالا تصمیم دار در روی این موضوع کار کند.» اما (خنده) مری از جیم می‌خواهد که او را به جلو حرکت دهد. (مکث) و بنابراین انتظار تو و انتظار من با هم جور در نمی‌آید.

مراجع: آنها نمی‌توانند (خنده) حداقل من از این موضوع آگاهم. قبلاً مطلع نبوده‌ام (صدا قوی‌تر می‌شود) و بوضوح می‌خواهم دوباره امتحان کنم و ببینم آیا می‌فهمم که می‌توانم خود را حمایت کنم.

درمانگر: من کاملاً مشتاقم.

مراجع: (مکث) من خودم را اینجاروی این صندلی حمایت می‌کنم (درمانگر: بله) و من برای خودم نفس می‌کشم. و همه کارهای مربوط به آن را برای خاطر خودم می‌کنم.

درمانگر: همه کارهای مربوط به این کار را برای خودت انجام می‌دهی؟

مراجع: برای خودم نفس کشیدن، ضربان قلبم - این همان چیزی نیست که دارم انجام می‌دهم.

درمانگر: تو داری چه می‌کنی؟

مراجع: (مکث) عجیب است. وقتی که من به لطفاً تو پاسخ می‌دهم شناخت به دست



می‌آورم (صدای متفکر).

درمانگر: خوب آیا تو تشخیص مرا می‌خواهی؟

مراجع: بله

درمانگر: من مایلم زمانی که تو تجربه می‌کنی از توقردانی کنم و تو را به رسمیت بشناسم.

مراجع: خوب (مکث) ممکن است از شما بخواهم که آنچه را که تجربه می‌نامی و

می‌خواهی که من آن را انجام بدهم، دوباره به من بگویی؟

درمانگر: آه نه! مطمئناً نه. من يك بار به تو گفته‌ام.

مراجع: (مکث طولانی و بعد خیلی سریع) خوب من در این لحظه مطمئن نیستم اما فکر

می‌کنم که تجربه یعنی برگشتن، یعنی آنچه را که احساس می‌کنم تجربه کنم: زمانی

که خوب هستم و زمانی که تحت فشار قرار دارم و گره خورده‌ام مثل این (دستهای

خود را به اطراف بدنش حلقه می‌زند و مکث). وقتی که اینجا هستم خود را به درون

می‌کشم... و با چشم‌هایم که بسته است... احساس می‌کنم که اون تاريك است.

درمانگر: اون تاريك است؟

مراجع: من تاريك هستم. من تنها هستم (مکث) و من می‌ترسم.

درمانگر: درست

مراجع: (مکث) می‌خواهم فریاد بزنم ولی نمی‌توانم (صدایم گرفته می‌شود)

درمانگر: آیا می‌دانی که چه چیز را می‌خواهی با فریاد بگویی؟

مراجع: (مکث) كمك كمك

درمانگر: آیا توجه کردی که وقتی فریاد می‌کشیدی و می‌گفتی كمك با پاهایت چه

می‌کردی؟

مراجع: آنها را بالا آوردم.

درمانگر: بله

مراجع: (گریه می‌کند) نمی‌توانم فرار کنم. کسی دارد مرا می‌زند. من فریاد می‌زنم

(گرفتگی نفس) اما حتی وقتی هم که فریاد می‌زنم کسی صدای مرا نمی‌شنود (بغض،

نفس تند، گریه) و من احساس می‌کنم - به یاد می‌آورم که به پشت محکم بسته شده‌ام

(بغض)... وقتی که دختر کوچکی بودم. (مکث، گریه ادامه دارد) و آنها مرا اینجا گذاشتند. و من نمی توانستم خودم را شل کنم.

درمانگر: این وقتی بود که تو دختر کوچکی بودی؟ (با صدای خیلی آرام)

مراجع: بله

درمانگر: آیا تو هنوز دختر کوچکی هستی؟

مراجع: (با صدای بلندتر) نه اما...

درمانگر: آیا می توانی خودت را شل کنی؟

مراجع: (بینی خود را بالا می کشد) بله من می توانم خودم را شل کنم.

درمانگر: می خواهم ترا ببینم.

مراجع: (مکث طولانی، صدای کنترل شده) حالا، من اینجا به این اتاق بر می گردم، اما من

هنوز يك دختر كوچكم كه گره خورده ام.

درمانگر: درست

مراجع: من بسته شده ام، تنها.

درمانگر: (آرامی) حالا می خواهم که با دختر كوچك حرف بزنی. به دختر كوچك خودت

بگویی که او می داند که چگونه دقیقاً خود را شل کند. و من نگران این دختر كوچك

هستم میادا کاری کند که آن کار به عنوان مداخله در کارهایی باشد که برای خودش

می کند.

مراجع: بله (مکث طولانی) «دختر كوچك، تو نباید... تو دیگر... نیازی به این نداری که

بسته باشی. خوب حالا چشمهای خودت را باز کن.» نگاه کن که من کجا هستم.

اینجا در این اتاق با ساندی، ابی، بیل، باب، جیم، لئو، جان، الیزابت، آرت، مریم و

کوپر. (آهستگی): و طنابها شل می شوند و من می توانم دستهایم را بگیرم و...

(آه می کشد) من دارم نفس می کشم (صدا ملایمتر می شود) من در آنجا کمی جا

دارم که بگیرم (مکث) پاهایم گشوده شده اند. من می توانم حرکت کنم

(آهستگی بلند می شود. کشیده می شود) مرا تا آن بالا و بعد هم در برگشت از آن

بالا حمایت کن.

درمانگر: حالا ترا به رسمیت می‌شناسم.

مراجع: می‌بینم، می‌فهمم.

### کاربرد

گشتالت درمانی، با شیوه‌های مختلف می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. پرلز کارگاه را به شکل متمرکز آن بیشتر ترجیح می‌دهد؛ بعضی ترجیح می‌دهند که روشهای گشتالت درمانی را در موقعیت گروههای کم و بیش سنتی به کار گیرند. دیگران رویکرد گشتالت را در جلسات فردی دنبال می‌کنند. در این تصمیم‌گیری که آیا نظریه و شیوه‌های گشتالت مورد استفاده قرار گیرد یا خیر درمانگر باید از اختراهای شفرد آگاه باشد:

«به طور کلی گشتالت درمانی بیشتر با افراد بشدت اجتماعی، محدود شده، و تحت فشار قرار گرفته شده مؤثر است. از این گونه افراد اغلب به عنوان روان رنجور، دارای هراس، کمال‌گرا، غیر مؤثر، افسرده و غیره نام برده می‌شود. کارکرد آنها محدود یا ناهمسان است و اصولاً به محدودیتهای درونی آنها مربوط می‌شود و لذتهای آنها از زندگی نیز حداقل است.» (صفحات ۲۳۵-۲۳۴)

به نظر می‌رسد که بعضی از شیوه‌های آگاهی یافتن گشتالت درمانی، با کودکان به عنوان شیوه آموزش مربوط به رشد مفید باشد.

### نقد

#### پشتوانه پژوهشی

پرلز و پیروانش به توسعه نمادهای بالینی رویکرد، توجه بیشتری داشتند تا نسبت به ارزیابی رسمی تأثیر درمان و یا تحقیق بر فرضیه‌های نظری خود، تحقیق بسیار کمی درباره گشتالت درمانی و یا اصول حاکم بر آن وجود داشته است. گنون<sup>۱</sup> در سال ۱۹۷۲ یک ارزیابی منظم از مشاوره گروهی با شیوه گشتالت به عمل آورده است. او سه گروه از دانش‌آموزان دبیرستان را که به دلیل رفتارهای غیر قابل قبول نظیر غیبت، تنبلی‌های حاد و درگیری با

پلیس تحت مشاوره قرار گرفتند را انتخاب نمود. گروه اول طی يك نیمسال هفته‌ای نه‌ساعت گشتالت درمانی شدند. گروه دوم در يك تیم مخصوص آموزشی در بحث‌های گروهی و مسافرت‌های علمی شرکت کردند و گروه سوم به‌طور معمول در کلاسهای درس حاضر شدند. همان‌طور که انتظار می‌رفت گروهی که گشتالت درمانی شده بودند در روابط میان فردی و بی‌پرده بودن پیشرفت بیشتری داشتند.

مایلز<sup>۱</sup>، یالوم<sup>۲</sup>، لیبرمن<sup>۳</sup> در سال ۱۹۷۳ هفده گروه را که جهت‌گیری رشد داشتند مطالعه نمودند. این گروه‌ها نه‌رویکرد نظری مختلف را ارائه می‌نمودند که دوتای آن گروه‌ها، گشتالت درمانی بودند. مشاهده‌گران متخصص هر گروه را با اندازه‌گیری‌های نتایج آنها ارزیابی نمودند که شامل نتایج منفی یا موارد ناموفق بین شرکت‌کنندگان بود. یکی از دو گروهی که رویکرد گشتالت را مورد استفاده قرار داده بود بسیار موفق بود و بالاترین نمره را به عنوان يك تجربه خوب کسب نمود و به عنوان تجربه سازنده برای یادگیری شرکت‌کنندگان تلقی شد و در ارزیابی‌های نهایی در میان هفده گروه رتبه دوم را کسب کرد.

گروه دیگر گشتالت درمانی درست برعکس گروه اول در انتها قرار گرفت و بالاترین میزان عدم موفقیت را داشت و به عنوان روشی که کمترین فایده را برای شرکت‌کنندگان خود دارد، ارزیابی شد. اما به هر حال علت تفاوت بین دو گروه ویژگی‌های شخصیت رهبران گروه و همچنین اختلاف فضای بین دو گروه بود. رهبر گروه اول مواجهه‌کننده و در عین حال بسیار حمایت‌کننده بود. میزان همدلی، گرمی و خلوص در سطح بالایی بود. برعکس رهبر گروه دیگر غیرقابل پیش‌بینی، طعنه‌زننده، کوچک و خوارکننده، مزاحم و فضول بود. اعضای شرکت‌کننده او را تحسین نمی‌کردند و در واقع او را فردی غیر مؤثر و بی‌توجه می‌دانستند.

### ارزیابی

البته منصفانه نیست که تنها براساس فقط دو مطالعه انجام شده این رویکرد را ارزیابی

1. Miles

2. Yalom

3. Lieber - man

نماییم. هر چند که این دو مطالعه به طور مناسبی به نمایندگی از طرف بقیه مطالعات باشند. شاید صادقانه‌ترین قضاوت در مورد گشتالت درمانی این باشد که بگوییم: به نظر می‌رسد و شواهد تحقیق نشان می‌دهد که گشتالت درمانی توسط یک درمانگر بالیافت و مؤثر، می‌تواند تغییری مفید و مهم را ایجاد نماید و فردی ناآگاه می‌تواند اثرات مخرب و غم‌انگیزی را به وجود آورد. از آنجا که به نظر می‌رسد «خوب یا بد» بودن گشتالت درمانی بیشتر به درمانگر آن ارتباط دارد تا به خود درمان‌لذا پیشنهاد من این نیست که گشتالت درمانی را کنار بگذاریم من به هر حال پیشنهاد می‌کنم که هم خریدار و هم فروشنده هر دو باید هوشیار باشند.

در گشتالت درمانی مانند بقیه دیدگاه‌های موجود مشاوره، خبرهای خوب و بد هر دو وجود دارند. خبرهای خوب این است که گشتالت درمانی از روشنفکرگرایی انتزاعی که در بقیه دیدگاه‌ها وجود دارد اجتناب می‌کند و مراجعان را تشویق به آگاهی یافتن و به کار بردن تمام ظرفیت هیجانی خود می‌نماید. به نظر می‌رسد که این رویکرد مخصوصاً برای افرادی که نسبتاً باز و بی‌پرده و بیش از حد روشنفکر هستند مفید باشد زیرا که بر آزادی‌های حال مراجع، نسبت به استبداد گذشته تأکید می‌کند. گشتالت درمانی با دیدگاه مثبتی که از ماهیت انسان دارد خود را از بدبینی دیگر رویکردها آزادی می‌سازد. شاید بیشترین کمک این رویکرد در فنون آن است که دیگر رویکردها آن را تجویز می‌کنند. من بخصوص به کارگیری عبارات «من» و تغییر سؤالات به جملات اخباری و پاسخ شخص به محیط را دوست دارم.

و حالا درباره‌ی خبرهای بد. محدودیت عمده گشتالت درمانی دامنه نسبتاً محدود تعداد مراجعانی است که چنین درمانی برای آنها قابل اجراست این محدودیت نشأت گرفته از چند عامل از جمله عوامل زیر است:

الف. نقش مواجهه گر مشاور.

ب. شدت تجربه هیجانی مراجع در درمان.

ج. فلسفه فردگرایی بسیار شدید که به نظر می‌رسد هر نظام اجتماعی و روش زندگی دیگر را حقیر می‌شمارد.

اگرچه پیروان پرلز، بیش از استاد خود مطالبی را درباره گشتالت درمانی نوشته‌اند، اما

معهدا به نظر می‌رسد که گشتالت درمانی ارتباط بسیار نزدیکی با شخصیت پرلز و دیدگاه شخصی او دارد تا به فلسفه‌ای روشن و محکم در مورد ماهیت انسان. بالاخره راهنمایی‌های پرلز از جمله اینکه «ذهن خود را از دست بده و به احساسات توجه کن» و «کار خود را بکن» به نظر نمی‌رسند که خود محور می‌باشند بلکه در زمینه مشاوره لذت جویی غیر مسئولانه هستند من پیشنهاد نمی‌کنم که آدم بدن خود را همراه با آب حمام بیرون بیندازد، اما پیشنهاد می‌کنم که تفاوت‌ها را ببینیم. همچنانکه تو تفاوت‌ها را مطالعه می‌کنی، به یاد داشته باش که رودخانه را هل ندهی.

### نشانی مؤسسات گشتالت درمانی:

New York Institute for Gestalt Therapy, 7 West 96 Street, New York, New York 10025. The first Gestalt institute in America, begun by Fritz and Laura Perls, and Paul Goodman, now directed by Laura Perls. The New York Institute does not have a published curriculum.

Gestalt Institute of Cleveland, 12911 Euclid Avenue, Cleveland, Ohio 44112. This institute was established by Fritz Perls and some of his Cleveland students, Next to the New York Institute, Cleveland has the longest training history in the United States. This institute has the most comprehensive training, public service, workshop and publications program.

Gestalt Therapy Institute of Los Angeles, 337 South Beverly Drive, Suite 206, Beverly Hills, California 90212. Perls and a group of his students started this institute in the early 1960s. Like the Cleveland and San Francisco institutes, this group offers extensive training in gestalt therapy, with emphasis on didactic and experiential learning.

Gestalt Institute of San Francisco, 1719 Union Street, San Francisco, California 94123. Again, Perls and a group of his students were responsible for beginning this institute in 1968. The training Program consists of a two - year curriculum that also emphasizes personal therapy.

More recently, additional institutes have been established. These include: Gestalt Training Center - San Diego, 7255 Gerard Avenue, La Jolla, California 92037 . Gestalt Therapy Institute of Canada, Lake Cowichan, Box 39, Vancouver, British

---

Columbia, Canada; Gestalt Institute of Chicago, c/o Bob Shapiro, Oasis Midwest Center for Human Potential, Chicago, Illinois; Gestalt Institute of the Southwest, 7700 Alabama Street, El Paso, Texas 79904. (Kogon, 1976. pp. 794 - 795).

## درمان مراجع محوری

در یکی از مجلات دانشکده ایالتی «سومانا»<sup>۱</sup> این طور نوشته شده بود: «ساعت ده صبح روز ۷ جون ۱۹۶۹ حدود هزار و پانصد نفر در کنار دریاچه کوچک قشنگی جمع شده بودند تا هشتمین جشن فارغ التحصیلی سالانه را برگزار کنند.» کارل راجرز<sup>۲</sup> قرار بود که سخنران این جشن باشد او گفت: «به عنوان دانشجویی که رشته‌ام تاریخ قرون وسطی است، احترام بسیار زیادی، برای دانشمندان و پژوهشگران قرون وسطی و مشارکت آنها در علم و دانش قائلم. اما امروز می‌خواهم به عنوان کارل راجرز در سال ۱۹۶۹ با شما صحبت کنم و نه به عنوان سمبل قرون وسطایی. بنابراین امیدوارم شما را با درآوردن این تجملات قرون وسطایی (لباس فارغ التحصیلی) از خودم دلخور نکرده باشم. این کلاه جذاب ولی بی‌خاصیت، و این چیزی که طراحی شده است تا فرد را حتی در سرمای زمستان اروپا هم، گرم نگه دارد؛ از تنم

---

1. Somana

2. Carl Rogers



درمی‌آورد.» سپس او شروع به درآوردن لباس فارغ‌التحصیلی از تن خود می‌کند و خطاب به فارغ‌التحصیلان می‌گوید: «انسان فردا» این است راجرز. (کرشن باوم ۱۹۷۹، صفحه ۳۹۵)

## تحول تاریخی

### زمینه شخصی

کارل راجرز در سال ۱۹۰۲ در اوک پارک ایلینویز<sup>۱</sup> از حومه شیکاگو به دنیا آمد. خانواده او ثروتمند و پروتستان، وابسته به هم، با محبت، پرکار و معتقد به اصول مسیحیت بودند. در سن دوازده سالگی او به یک مزرعه که در سی مایلی غرب شیکاگو قرار داشت رفت. پدرش که یک پیمان کار موفق بود مدیریت را استخدام می‌کند تا مزرعه را به صورت مدرن و علمی اداره کند. از طریق مطالعه علمی کشاورزی و از طریق کار بر روی این مزرعه، علاقه و احترام زیادی در کارل نسبت به روشهای علمی به وجود آمد.

وقتی که دانشجوی رشته تاریخ دانشگاه ویسکانسین<sup>۲</sup> بود، او به گروه مذهبی دانشجویان شدیداً علاقه‌مند شد. بعد از فارغ‌التحصیلی از دانشگاه ویسکانسین، او دو سال را در اتحادیه مدرسه علوم دینی و مذهبی گذراند و بعد خود را به دانشگاه کلمبیا<sup>۳</sup> منتقل کرد تا دکترای خود را در رشته روان‌شناسی بالینی و تربیتی کامل کند. در دانشگاه کلمبیا او باروش اندازه‌گیری و سنجش در روان‌شناسی آمریکا، دیدگاه جان دیویی<sup>۴</sup> در مورد ارزش علوم تجربی و انسان صمیمی لئا هالینگزورث<sup>۵</sup> و رویکردی که بر اساس عقل سلیم بنا شده، آشنا شد در طول یک سال کارورزی در مؤسسه راهنمایی کودک بافرید نیز آشنا گردید و کار درمان با مراجعان را شروع کرد.

1. oak park ilinois

2. Wisconsin

3. Columbia

4. John Dewey

5. Leta Hollingsworth

در طول دوازده سال او غرق کار عملی بالینی در کلینیک مشاوره کودک راجستر<sup>۱</sup> نیویورک شد و این زمان انزوای نسبی حرفه‌ای او بود. او توجه خود را در طول این دوران و در کار با کودکان و والدین بر تجربیات شخصی خودش متمرکز کرده بود و از طریق کار مددکاران اجتماعی با کارمندان، با کاراتورنک<sup>۲</sup>، جس تافت<sup>۳</sup> و فردریک آلن<sup>۴</sup> آشنا شد. اولین کتاب او «درمان بالینی کودک مشکل آفرین»<sup>۵</sup> بود که در سال ۱۹۳۹ به چاپ رسید و قسمت اعظم آن به موارد و روشهای کلی بالینی اختصاص داشت اما دو فصل آن اختصاص به عقاید موجود دربارهٔ مصاحبه‌های درمانی داشت که علاقه‌مندی آینده او را در مورد درمان ارتباطی پیشگویی می‌کرد.

راجرز در دانشگاه ایالتی اوهایو<sup>۶</sup> در ژانویه ۱۹۴۰ به مقام استادی در روان‌شناسی بالینی رسید و در همان مراجع محوری یک سال بعد از آن متولد شد. در سال ۱۹۴۵ به او منصبی در دانشگاه شیکاگو واگذار شد و در سال ۱۹۵۷ به دانشگاه ویسکانسین رفت. در طول بیست سالی که در شیکاگو و مدیسن<sup>۷</sup> زندگی می‌کرد، رویکرد مراجع محوری پخته‌تر شد.

در سال ۱۹۶۴ راجرز ابتدا عضو وابسته مؤسسه «علوم رفتاری غربی» و بعد عضو «مرکز مطالعات فردی» شد که خود آن را در سال ۱۹۶۹ تأسیس کرده بود. بعد از ترک ویسکانسین نوشته‌ها و کارهای حرفه‌ای راجرز عمدتاً بر گروههای مواجهه و روابط میان فردی متمرکز بود و سعی می‌کرد رویکرد مراجع محوری را بر اساس فلسفه علم، تعلیم و تربیت و موضوع بیگانگی و ناتوانی بسط و توسعه دهد. در اوایل دهه ۱۹۸۰ او در مورد بخشهایی از نظریه مراجع محوری مجدداً فکر کرد و در طول بیش از هشتاد سال از عمرش

---

1. Rochester

2. Otto Rank

3. Jesse Taft

4. Frederick Allen

5. The Clinical Treatment of The problem child

6. Ohio State University

7. Madison

او همچنان کار حرفه‌ای و نوشتن را ادامه می‌داد. (گرومن، ۱۹۷۹)

### زمینه نظری

راجرز در خانواده‌ای رشد و نمو کرد که کار زیاد و تعصب فراوان به مذهب پروتستان و دین مسیحیت (تقریباً بنیادگرا) هر دو یکسان دارای ارزش و اهمیت بودند. (راجرز ۱۹۵۹) گرچه که او آن نوع نگرش در مورد مذاهب را بعداً رد کرد اما علاقه او به فلسفه و مذهب در «اتحادیه مدرسه علوم دینی و مذهبی» همچنان ادامه داشت. آزادی تفکر فلسفی و احترام به درستکاری، کوشش برای حل مسائلی که او در آن مدرسه کشف نمود به او کمک کرد تا «توجه مثبت بی قید و شرط» را درک نماید.

او تاریخ قرون وسطی، فلسفه و دین را قبل از شروع روان‌شناسی مطالعه کرد، تأکیدی که جان دیویی بر روش طرح‌ریزی و اهمیت دنیای پدیداری یادگیرنده داشت بر افکار راجرز تأثیری قطعی گذاشت. در کالج تربیت معلم او نه تنها افکار دیویی بلکه روان‌شناسی را نیز آن گونه که در آمریکا رشد می‌کرد با تأکیدی که بر کنترل و دست‌کاری متغیرهای تعریف شده عملی داشت مواجهه کرد. راجرز همچنین آشنایی زیادی با نظریه‌های اصلی شخصیت داشت، اما تنها رویکرد و نظریه اتورنگ بود که مستقیماً بر رشد درمان مراجع محوری اثر گذاشت.

ارزیابی مستمر و تعریف او از انسان در رابطه با فلسفه دیگر رویکردها به راجرز کمک نمود تا مفاهیم خود را روشن سازد. در «کلینیک راهنمایی کودک» در راجستر، عقاید راجرز در مورد درمان بتدریج شکل گرفت. در اینجا بود که او ارزش و اهمیت گوش دادن به حرفهای مراجع بخصوص گوش دادن به احساساتی که در پشت کلمات مراجع پنهان است را کشف نمود. (هالد استاک و راجرز ۱۹۷۷)

نظریه و تکنیک راجرز دارای ۴ مرحله است.:

مرحله غیررهنمودی (۱۹۵۰-۱۹۴۰): ۱۱ دسامبر ۱۹۴۰ روزی بود که در آن مرحله غیررهنمودی به وجود آمد و ویژگی‌های این دوره بازتاب احساسات و

روشهای غیررهنمودی و عمده‌ترین نشریه او در طول این دوره «مشاوره و روان‌درمانی»<sup>۱</sup> بود. (۱۹۴۲)

مرحله مراجع محوری (۱۹۵۷-۱۹۵۰): تغییر از مشاوره غیررهنمودی به مشاوره مراجع محوری به وسیله انتشار کتاب «درمان مراجع محوری»<sup>۲</sup> در سال ۱۹۵۱ خبر داده شد. در این زمان بود که راجرز نظریه خود را در مورد شخصیت و روان‌درمانی رشد و توسعه داد. او تأکید داشت که به فردی که در جستجوی کمک است نباید به عنوان یک بیمار وابسته نگرست بلکه او یک مراجع مسئول است. در مانگر نیز از طرف دیگر یک میانجیگر است نه فردی در درمان.

مرحله آزمایشی (۱۹۷۵-۱۹۵۷): در طول این دوره مشاور آزاد می‌شود: تجربه ارگانیزمی در مانگر به عنوان عامل راهنمای رفتار در مانگر و مراجع اهمیت می‌یابد. رشد کامل دوجانبه ارتباط حرفه‌ای بین روان‌درمانگر و مراجع، راه را برای کاربرد وسیع نظریه هموار ساخت. (هالد استاک و راجرز ۱۹۷۷)

مرحله فرد محوری (۱۹۷۵): از آنجا که از مرحله قبلی مراجع محوری بتدریج مرحله فرد محوری منتج شد (البته تشخیص دقیق تاریخ شروع قطعی آن میسر نیست) به هر حال در حدود اواسط یا اواخر دهه ۱۹۷۰ بود که راجرز علاقه خود را از افراد (چه به صورت فردی یا گروهی) به سمت جنبه‌های وسیع‌تر تعلیم و تربیت جامعه، صنعت و اجتماع تغییر داد (در رابطه با منبع قدرت برای رشد شخصی و حتی بین‌المللی از طریق روابط میان فردی)

### نظریه شخصیت

### تعریف واژه‌ها

آسیب‌پذیری (vulnerability)، حالت ناهمخوانی بین خود و تجربه است با تأکید بر

1. counseling and psychotherapy

2. client - centered therapy

اینکه این حالت بالقوه می‌تواند بهم ریختگی روانی را ایجاد کند.

آگاهی، نمادین کردن، هوشیاری (awareness, consciousness, symbolization)، همه این واژه‌ها بر تجلی ذهنی برخی از قسمت‌های تجربه دلالت می‌کنند.

تجربه (اسم) (experience). به معنی همه آنچه که در زمانی معین در درون ارگانسیم می‌گذرد، است (خواه در حالت آگاهی و یا در حالتی که بالقوه ممکن است آگاه باشد) و ماهیت روانشناختی دارد.

اضطراب (anxiety)، آنچنانکه به صورت پدیداری تجربه شده است حالت ناآرامی یا تنش می‌باشد که علتش نامعلوم است.

تجربه کردن (فعل) (experience)، یعنی دریافت اثر و فشار وقایع درونی و بیرونی در يك لحظه معین در زمان.

توجه مثبت بی قید و شرط (unconditional positive regard)، درك تجربیات يك فرد دیگر است بدون توجه به اینکه این تجربیات ارزشمند یا کم ارزش باشند.

تهدید (threat)، این حالت وقتی به وجود می‌آید که پیش‌بینی می‌شود و یا این گونه ادراک می‌شود که يك تجربه با ساختار خود همخوان نباشد.

چارچوب درونی مرجع (internal frame of reference)، دلالت می‌کند بر قلمرو کلی تجربه که در زمانی معین در دسترس آگاهی فرد قرار دارد.

خودآرمانی (ideal self)، عبارت است از مفهوم ایده‌آلی که يك فرد علاقه‌مند است از خود داشته باشد.

خود، خودپنداره، ساختار خود (self, self-concept, self-structure)، يك مجموعه سازمان‌یافته از ادراکات و ویژگی‌های «من» و ادراکات مربوط به روابط «من» با دیگران و جنبه‌های مختلف زندگی است که این ادراکات با خود ارزشهایی را همراه دارند.

شدت (intensity)، توصیف‌کننده ویژگی‌های رفتاری فردی که حالت دفاعی به خود گرفته است می‌باشد، مانند انعطاف‌ناپذیر بودن، کلی‌گویی زیاد، انزوای دوری از واقعیت، ارزیابی بی‌قید و شرط تجربه.

فرایند ارزش‌گذاری ارگانسمی (organismic valuing process)، يك فرایند دائمی

است که در آن ارزشها هرگز تثبیت نمی‌شوند و انعطاف‌پذیر هستند. اما تجربیات بر اساس ارزشهای ارگانیک به دست آمده به دقت نمادین شده و به طور مستمر ارزش گذاری می‌شوند.

گرایش تحقق‌گرایانه (actualizing tendency)، گرایش ذاتی ارگانیک است که برای رشد توانایی بالقوه به شیوه‌هایی که بتواند ارگانیک را حفظ و ارتقا دهد به کار گرفته می‌شود.

گسترش (extensionality)، به ادراکی مربوط می‌شود که واقعیات آن را متمایز کرده و تحت الشعاع خود قرار داده است. این ادراک همراه است با آگاهی از دو موضوع یکی تکیه‌گاه بعد زمانی واقعیات و دیگری سطوح مختلف تجرد و انتزاع.

ناسازگاری روانی (psychological maladjustment)، زمانی به وجود می‌آید که ارگانیک تجربیات را در آگاهی خود انکار یا تحریف می‌کند به گونه‌ای که این تجربیات نمی‌توانند جذب فرد شوند.

ناهمخوانی بین خود و تجربه (incongruence between self and experience)، اشاره به عدم سازگاری خود ادراک شده و تجربه واقعی دارد.

همخوانی (congruence)، حالتی است که در آن تجربیات شخص بدقت در خود پنداره نمادین می‌شود.

همدلی (empathy)، عمل دقیق درک چارچوب درونی مرجع فردی دیگر، همراه با اجزای عاطفی و مفاهیم مربوط به آن است. به طوری که شخص احساس کند که بجای فرد دیگر قرار دارد. اما بدون اینکه واقعاً این طور باشد.

### ماهیت انسان

راجرز همیشه در مورد آنچه که دخالت در آزادی شخصی محسوب می‌شود محتاط بود و بخصوص متنفر بود از اینکه بگویند «درمانگر یعنی يك متخصص» از طرف دیگر او در مورد کسانی که آزادی انتخاب دارند و بر اساس خواسته‌های خود زندگی می‌کند خوش‌بین بود و احتمال می‌داد که اینها باید يك زندگی خوب و فوق‌العاده‌ای داشته باشند. او بشدت معتقد بود که انسانها ذاتاً خوب، قابل اعتماد و منطقی هستند. بنابراین راجرز متقاعد

شده بود که اگر انسانها آزاد باشند تا خودشان را اداره کنند آنوقت نیازهای جامعه نیز به بهترین وجه برآورده می‌شود، از آنجا که تقریباً تأکید راجرز منحصرأبر فرآیند يك کار است تا بر نتیجه آن کار. بنابراین او جزئیات دیدگاه خود را از يك زندگی خوب بیان نداشت. به هر حال او بوضوح زندگی را بیشتر به عنوان يك فرآیند متغیر می‌نگریست تا بودن و یا هدفی ایستا و ساکن؛ به نظر راجرز کسانی که آزادی خود را قبول دارند و بدون مقاومت بر اساس فرآیند ارزش‌گذاری ارگانیسمی زندگی می‌کنند به صورت خلاق با فرآیند زندگی درگیر می‌شوند. راجرز این نوع زندگی را خوب می‌داند.

درمان مراجع محوری بر اساس فرضهای زیر بنا شده است: (راجرز ۱۹۵۱)

۱. هر فردی در دنیایی پر از تجربه که پیوسته در تغییر است زندگی می‌کند که این فرد در محور و مرکز آن دنیا قرار دارد. این دنیای خصوصی شامل همه آن تجربیاتی است که فرد داشته است چه این تجربیات هوشیارانه ادراک شده، و یا ادراک نشده باشند. نکته مهم در مورد این دنیای خصوصی فرد این است که تنها خود فرد می‌تواند از آن به صورت واقعی و کامل مطلع شود. (صفحه ۴۸۳).

۲. ارگانیسم بر اساس تجربه و یا ادراک خود نسبت به محیط واکنش نشان می‌دهد. «واقعیت» برای فرد همان چیزی است که ادراک می‌کند. (صفحه ۴۸۴)

۳. ارگانیسم به عنوان يك کل سازمان یافته به میدان پدیداری واکنش نشان می‌دهد. (صفحه ۴۸۶).

۴. ارگانیسم دارای يك گرایش اساسی است یعنی کوشش برای واقعیت دادن و حفظ و ارتقای ارگانیسم تجربه گر... ما در اینجا صحبت از گرایش ارگانیسم برای حفظ و نگهداری خودش می‌کنیم یعنی جذب غذا، حالت دفاعی گرفتن در مقابله با خطرات و دستیابی به هدفی که حفظ خویشتن باشد. حتی اگر راه معمول رسیدن به این هدف سد شده باشد... حرکت آن... در جهت افزایش حاکمیت بر نفس، خودگردانی، خودمختاری و اجتناب از کنترل نیروهای بیرونی خواهند بود. (صفحات ۴۸۸ - ۴۸۷).

۵. رفتار اساساً کوشش هدف مدار ارگانیسم در میدان ادراکی، برای ارضای نیازهای فرد

آن گونه که تجربه شده‌اند، است. (صفحه ۴۹۱).

۶. هیجان این رفتار هدف مدار را همراهی و در کل آن را تسهیل می‌کند. نوع هیجان مربوط به جنبه‌های جستجوگر رفتار در برابر جنبه‌های کمال رفتار و شدت هیجان به اهمیت ادراک شده رفتار، جهت حفظ و رشد ارگانسیم مربوط می‌شود. (صفحه ۴۹۲).

۷. درک رفتار از طریق چارچوب درونی مرجع فرد صورت می‌گیرد. (صفحه ۴۹۴).

۸. در نتیجه تعامل با محیط و مخصوصاً در نتیجه تعامل با دیگران، ساختار «خود» شکل می‌گیرد ساختاری که شامل الگوی سازمان یافته، سیال اما سازگار از ادراکات مربوط به ویژگی‌ها و روابط «من» و ارزشهای متصل به این مفاهیم است. (صفحه ۴۹۸).

۹. اکثر رفتارهایی که توسط ارگانسیم پذیرفته می‌شوند همان رفتارهایی هستند که با مفهوم خودپنداره سازگار می‌باشند، (صفحه ۴۰۷).

۱۰. ناسازگاری روانی، زمانی به وجود می‌آید که ارگانسیم، تجارب حسی مهم را در آگاهی خود انکار می‌کند، در نتیجه این تجارب در گشتالت «سازمان خود» نمادین و سازماندهی نمی‌شوند (صفحه ۵۱۰).

۱۱. همچنانکه فرد بسیاری از تجارب ارگانیسمی را درک و در «ساختار خود» می‌پذیرد درمی‌یابد که نظام ارزشی کنونی خود را به مقدار زیادی از طریق درون فکنی‌ها تعویض کند. این کار با فرایند ارزش گذاری مستمر ارگانیسمی به صورت تحریف شده نمادین می‌شود. (صفحه ۵۲۲)

### ساختار شخصیت

زمانی که مفهوم راجرز را از ساختار شخصیت مورد بررسی قرار می‌دهیم باید این مطلب را به خاطر داشته باشیم که شخصیت، ساکن و ایستای نیست بلکه همیشه در حال «شدن» است راجرز در مورد ساختمان ناهوشیار فروید می‌گوید که: من نیز آن پدیده‌هایی را که فروید برای رشد مفهوم ناهوشیار مشاهده کرد، می‌بینم و فکر می‌کنم که روان‌شناسان وقتی که مجبورند مجموعه قابل مشاهده‌ای از داده‌ها را ارائه دهند آنوقت از مفاهیم فروید استفاده کرده و چیزهایی می‌سازند. من ترجیح می‌دهم که به دامنه پدیده‌ها فکر کنم: اول آنهایی که در مرکز روشن آگاهی قرار دارند (هوشیاری)، دوم دامنه مطالبی که می‌تواند در



هوشیاری به خاطر آورده شود. اما در حال حاضر آشکار نیست (زمینه)، و در پایان پدیده‌هایی که به صورت مبهم و ضعیف با آگاهی متصل می‌باشند و موادی که از آمدن آنها به قسمت آگاهی حتی به صورت مبهم نیز جلوگیری می‌شود زیرا که آگاهی یافتن بر آنها خودپنداره فرد را خراب می‌کند. (ایوانز ۱۹۷۵، صفحه ۶)

گرچه که تحت عنوان ساختار شخصیت مطالب خیلی واضح و روشن بیان نشده، اما به نظر می‌رسد که عقاید راجرز را در این مورد می‌توان به سه گروه تقسیم‌بندی کرد: ارگانیسم، میدان‌پدیداری و خود (هانس تال ۱۹۸۲) منظور از ارگانیسم همه آن چیزی است که یک فرد را تشکیل می‌دهد. یعنی جنبه‌های جسمانی عاطفی و ذهنی، طبق نظر راجرز. (۱۹۵۱) ما به صورت یک ارگانیسم به تجربیات خود واکنش نشان می‌دهیم. یعنی پاسخهای تمام و کمال وجود ما به محرک، چه این محرک درونی باشد و چه بیرونی.

میدان‌پدیداری به تجربیات فرد مرتبط است. به دنیای همیشه در تغییر تجربیات، منظور از تجربیات فقط چیزهای بیرونی برای فرد نیست بلکه شامل رویدادهای درونی نیز می‌شود. بعضی از این رویدادها هوشیارانه ادراک می‌شوند اما بعضی دیگر نه. همچنین توجه به این مطلب نیز مهم است که چیزهای مرتبط با فرد (نه واقعیت) در میدان‌پدیداری به وسیله فرد ادراک می‌شود. (راجرز ۱۹۵۱)

از مهم‌ترین اصول شخصیت راجرز مفهوم او از خود است. آن گونه که راجرز می‌بیند خود، بخش متفاوتی از میدان‌پدیداری است که شامل مجموعه‌ای از ادراکات و ارزشها در مورد «من» است. در مفهوم راجرز از ساختار شخصیت، خود در مرکز این ساختار قرار دارد یعنی در نقطه اصلی ظهور و نمایان شدن شخصیت. خود از میان تعامل ارگانیسم با محیط رشد می‌کند در حین رشد کردن گرایش به یکپارچگی دارد و در عین حال نیز بعضی از ارزشهای دیگران را تحریف می‌کند. خود کوشش می‌کند تا همسانی رفتار و همسانی خود را حفظ نماید. تجربیاتی که با خودپنداره همسان باشند یکپارچه می‌شوند و آنهایی که ناهمسان با خودپنداره باشند به عنوان تهدید ادراک می‌شوند. در مرکز این مفهوم عقیده بر این است که خود همیشه در جریان است یعنی رشد و تغییر آن نتیجه‌ای از تعامل مستمر با میدان‌پدیداری می‌باشد. (راجرز ۱۹۶۱)

## رشد شخصیت

به عقیده راجرز (۱۹۵۹)، رشد نظریه شخصیت، موضوعی نیست که در درمان مراجع محوری دارای الویت بالایی باشد. از طرف دیگر علایق پژوهشی و فلسفه وجودی راجرز از زندگی نیروی محرک این نظریه است. نظریه شخصیت راجرز بیشتر يك نظریه میدانی است تا نظریه ژنتیک (مانند فروید). نیروهایی که رشد فرد را در محیط سبب می‌شوند ذاتی هستند مخصوصاً در مورد روابط میان فردی (اجتماعی) تا بعضی از پویایی‌های درون فردی.

برای درك نظریه شخصیت مراجع محوری، باید از نوزاد انسان در لحظه تولد شروع کنیم. برای این نوزاد تنها دنیایی که وجود دارد همان دنیای تجربیاتش است. این دنیا به تنهایی واقعیت است. فطرت در انسانها يك نیروی انگیزشی است یعنی گرایش به «خودشکوفایی». این نیرو به وسیله نوزاد عملی می‌شود، یعنی گاهی تجربیات ادراك شده را به صورت مثبت ارزیابی می‌کند تا ارگانسیم خود را ارتقا داده و بالا برد و گاهی تجربیات ادراك شده را که برای ارگانسیم مضر می‌باشند، منفی ارزیابی می‌کند. راجرز این ارزیابی شهودی از تجارب را «فرایند ارزش‌گذاری ارگانسمی» می‌نامد.

خودپنداره نوزاد در حال رشد بتدریج از اشیاء و رویدادهای «بیرون» یعنی غیر من<sup>۱</sup> آگاه می‌شود. بعد از مدتی او قادر است که به طور صحیح میان من و غیر من فرق بگذارد و به طور صحیح مالکیت را از آن‌این، یا آن بدانند، از میان تمرکز آگاهی به صورت تدریجی به تفاوت میان من و غیر من، خودپنداره کودک رشد می‌کند: یعنی يك آگاهی کاملاً عمیق از خود (خود به عنوان موضوع و هدف). این آگاهی از خود متمایز با غیر خود است و با ارزشهای متصل به تجارب فرد همراه است که همان خودپنداره در حال رشد می‌باشد (میدور<sup>۲</sup> و راجرز ۱۹۷۳)

نیاز به توجه مثبت زمانی که آگاهی از خود ظاهر می‌شود نیاز به توجه مثبت نیز

1. not - me

2. Meador

از آن ناشی شده و سر بر می آورد. این يك نیاز فطری است و بنابراین در همه انسانها وجود دارد متأسفانه نیاز به توجه مثبت تنها به وسیله دیگران می تواند ارضا شود که البته این نیاز اغلب عقیم می ماند (من نیاز دارم که تو به من توجه مثبت داشته باشی اما ادراك تو از من به عنوان فردی که ارزش توجه مثبت را دارد بر اساس نیاز «تو» است و نه نیاز «من») از میان هزاران تجربه ارضا و یا عدم ارضای نیاز به توجه مثبت، نوزاد يك حس یاد گرفته شده را از «توجه به خود» که بر اساس توجه (مثبت یا منفی) که او از افراد مهم دریافت داشته، رشد می دهد. نیاز به توجه مثبت به خود خیلی نیرومند و قوی است و ممکن است این نیاز فرایند ارزش گذاری ارگانیسمی را کنار بگذارد. (میدور و راجرز ۱۹۷۳)

شرایط ارزشمندی دیر یا زود نیاز کودک به داشتن «توجه مثبت افراد مهم» با نیازهای وجودی ارگانیسم در تضاد قرار می گیرند. ارزشهای «خود-رشدیافته» ممکن است با ارزشهای والدین در تضاد باشد. رفتاری که بر اساس ارزشهای ارگانیسمی باشد ممکن است از نظر والدین و یا دیگران قابل قبول نباشند. وقتی چنین اتفاقی می افتد کودک شروع به متوقف کردن فرایند ارزش گذاری ارگانیسمی خود می کند و تشخیصهای ارزشی افراد مهم را که او شدیداً به توجه آنها نیاز دارد می گیرد، گویی که آنها مال او بوده اند. عبارت دیگر حالا دیگر تجارب بر چسب «ارضا کننده» یا «ارضا نکننده» را دارند نه به خاطر اینکه به وسیله کودک تجربه شده اند بلکه به خاطر اینکه کودک آنها را به عنوان چیزی که به وسیله افراد مهم تجربه شده، درك می کند. زمانی که «تجربه خود» جستجو می شود و یا از آن اجتناب می گردد منحصرأ به خاطر این است که آن تجربه کم و بیش «ارزش توجه» را دارد. می گویند که فرد شرایط ارزشمندی را به دست آورده است که این شرایط در درون نظام «توجه» جذب می شود وقتی که فرد بر اساس شرایط ارزشمندی عمل می کند «توجه مثبت نسبت به خود» را به دست می آورد و زمانی که او چنین عمل نمی کند احساس «توجه منفی نسبت به خود» را دارد. (میدور و راجرز ۱۹۷۳)

### رشد رفتار سازگار

درمان مراجع محوری، رفتار بشر را بر روی يك پیوستار مشاهده می کند محوری که رفتار خود شکوفا در يك طرف آن، و رفتار سازمان نیافته در طرف دیگر آن قرار دارد. رفتار

طبیعی و رفتار دفاعی جایی بین این دو، و نزدیکتر به خود شکوفایی قرار دارند. پیوستار به معنی این است که به این رفتارها به نسبت اختلاف درجه آنها توجه می‌شود. یعنی درجه ناهمخوانی بین خودپنداره و تجربه خود. برای مثال زمانی که فردی خود را یک دانشجوی خوب می‌داند و در امتحان رد می‌شود تجربه‌اش با خودپنداره او جور در نمی‌آید ناهمخوانی تعدیل شده ممکن است با دلیل تراشی آشکار شود. «معدل من به اندازه کافی بالا است من هنوز هم «الف» می‌گیرم.» ناهمخوانی شدید ممکن است با انکار نشان داده شود «این ورقه امتحانی من نیست.» و یا با رفتار نامأنوس «من اون کسی رو که باعث شکست من شد، پیدا می‌کنم.»

رشد ناهمخوانی همچنانکه شخص رشد می‌کند نیاز به احترام به خود در او باقی می‌ماند و در عین حال نیز شرایط ارزشمندی را به دست می‌آورد. در نتیجه او تجارب خود را به صورت انتخابی یا گزینشی درک و ملاحظه می‌کند. او آن دسته از تجربیاتی که منطبق با شرایط ارزشی او نیستند را، یا انکار می‌کند و یا به طور انتخابی آنها را ادراک می‌نماید بعلاوه منحرف شدن از ادراک انتخابی، ناهمخوانی بین تجربیات فرد و خودپنداره رشد می‌یابد. در نتیجه فرد نسبت به اضطراب آسیب‌پذیر است و از نظر روانی نیز تا حدودی ناسازگار به شمار می‌آید. (پرایس<sup>۱</sup> ۱۹۷۲)

راجرز بین رفتارهای دفاعی و سازمان‌نیافته یک تفاوت عمده قائل است. از جمله رفتارهای دفاعی رفتارهایی هستند که به طور قراردادی به آنها «روان‌رنجور» می‌گویند مانند دلیل تراشی، فرافکنی، هراس و همچنین بعضی از رفتارهایی که به آن «روان‌پریش» می‌گویند مانند رفتارهای پارانویید مانند سوءظن و یا فرافکنی. رفتارهای سازمان‌نیافته از سوی دیگر بیشتر شامل رفتارهایی می‌شود که معمولاً با واکنش‌های «حاد روان‌پریش» همراه است.

رشد رفتارهای دفاعی وقتی که یک فرد تجربیات خود را به صورت تحریف شده یا انتخابی ملاحظه می‌کند، ناهمخوانی حاصله بین تجربیات ادراک شده او و خودپنداره‌اش

(که بر اساس شرایط ارزشمندی اوست) باعث می‌شود که آن فرد نسبت به تهدید آسیب‌پذیر باشد. اگر چه عوامل مشخص از فردی به فرد دیگر و با توجه به تجربیاتش فرق می‌کند، اما محور همه تهدیدها ترس از آن است که ثبات و پایداری فرد به خطر بیفتد. اگر ناهمخوانی به اندازه کافی زیاد باشد، فرد قادر نخواهد بود شرایط ارزشمندی خود را تأمین کند و در نتیجه اضطراب را تجربه می‌کند، که اضطراب یک علامت ارگانسمی است و می‌گوید: اینجا خوب نیستند. فرد سعی می‌کند علایم خطر را خاموش کرده و از بروز اضطراب جلوگیری نماید بنابراین رفتار او دفاعی خواهد بود. رفتار دفاعی نشأت گرفته از تحریف یا ادراک انتخابی تجربه است تا آن تجربه را به طور مصنوعی متناسب با خودپنداره که به وسیله شرایط ارزشمندی، اصلاح شده است نماید. (پرایس ۱۹۷۲)

رشد رفتار سازمان‌نیافته درجه ناهمخوانی بین خود و تجربه برای فردی که به طور ناگهانی و بدون اخطار قبلی با این ناهمخوانی مواجه شده است ممکن است زیاد باشد، اگر چنین اتفاقی بیفتد فرایند دفاعی ممکن است به طور صحیح کار نکند و یا اصلاً کار نکند. زمانی که دفاعها مؤثر نباشند، تجربه تهدیدکننده تحریف نمی‌شود بلکه به طور دقیق در آگاهی نمادین می‌گردد. وقتی چنین اتفاقی بیفتد رفتار سازمان‌نیافته (و نه رفتار دفاعی) از فرد سر می‌زند. وقتی که رفتار سازمان‌نیافته از فرد سر بزند او ممکن است یکی از دوره‌های زیر را پیماید: فرد ممکن است کوشش نماید تا بر علیه آگاهیش، از خود دفاع نماید. (کاتاتونیایی بشود) و یا ممکن است هویت متفاوتی اخذ نماید. (هذیان‌پارانویید). احتمال دیگر این است که ممکن است خودپنداره تغییر پیدا کند تا تجربه غیر قابل قبول قبلی را نیز در برگیرد. «البته که من احمقانه رفتار کرده‌ام، من احمق هستم.» (پرایس ۱۹۷۲)

## نظریه مشاوره

### دلیل تغییر

تنها راه شکستن دور تهدید و دفاع، این است که نیاز به دفاع را از طریق حذف تهدید ادراک شده از بین ببریم. این فرایند در آغاز با دور کردن شرایط ارزش آغاز می‌شود (مانند این است که روکش کهنه یک نقاشی را پاک کنیم) آنوقت خودپنداره‌ی آزاد و واقعی قابل

تجربه کردن می‌باشد. سپس باید فرد را به سوی آگاهی از تجربه خود و به سوی ارزیابی منحصر بفردش از آن تجربه رهنمون سازیم. (تصور من از این مطلب همان کار مارگرت سالیوان است که آب، درخت و زمین را به هلن کلر معرفی می‌کند). براساس درمان مراجع محوری این حالت به صورت يك رابطه صحیح با فردی دیگر که هیچ تقاضایی ندارد و فقط «توجه مثبت بی‌قید و شرط» را ارائه می‌دهد اتفاق می‌افتد.

در سال ۱۹۵۷ راجرز رسماً نظریه خود را در مورد شرایط لازم و کافی برای به دست آوردن فرایند درمانی تغییر شخصیت، بیان می‌دارد. یعنی فرایند تنها زمانی آغاز می‌شود که شرایطی را که راجرز بیان کرده وجود داشته باشند و در این فرایند شرایط دیگری لازم نیست. از آن زمان بود که راجرز پذیرفت که اگر غیر ممکن نباشد لااقل مشکل است که بتوان شرایط لازم و کافی برای درمان را فراهم کرد. با این حال او هنوز معتقد بود که طرز تلقی درمانگر نیز عامل مهمی برای بسیاری از تغییرات سازنده‌ای که در مشاوره و روان درمانی صورت می‌گیرد، می‌باشد. (گرومن ۱۹۷۹، راجرز، جندلین<sup>۱</sup>، کیزلر<sup>۲</sup> و تروآکس<sup>۳</sup> ۱۹۶۷) طبق فرمول جدیدتر میزان حرکت فرایند و میزان تغییر سازنده شخصیت به شدت و ضعف موارد زیر بستگی دارد:

الف. درمانگر در رابطه‌اش همخوان و خالص باشد.

ب. درمانگر توجه مثبت بی‌قید و شرط نسبت به مراجع داشته باشد.

ج. درمانگر درك توأم با همدلی دقیق را نسبت به چارچوب درونی مراجع نشان بدهد. که به آن «شرایط تسهیلی» گفته می‌شود.

در اینجا سه متغیر دیگر به خاطر تکمیل کردن و روشن ساختن این مطلب اضافه می‌شود:

۱. مراجع و درمانگر با یکدیگر تماس دارند.

۲. مراجع در يك حالت ناهمخوانی قرار دارد و آسیب‌پذیر است (ترجیحاً مضطرب).

1. Gendlin

2. Kiesler

3. Truax

۳. مراجع لا اقل کمی از خلوص درمانگر و توجه مثبت بی قید و شرط و همدلی او را درك کند. (گرومن ۱۹۷۹)

### فرایند مشاوره

راجرز «فرایند ادراکی روان درمانی» را از طریق چکیده و خلاصه کردن ساعتها مصاحبه درمانی ضبط شده توضیح داد (۱۹۶۱). به نظر می‌رسد که در این فرایند يك پیشرفت منظم مرحله‌ای وجود داشته باشد که در هر زمانی بتوان مراجع را بر روی پیوستار به طور دقیق تشریح کرد مانند همه فرایندها در این فرایند نیز همراه با پیشرفت، گاهی نیز عقب‌نشینی‌هایی وجود دارد.

مرحله اول: این مرحله، مرحله انعطاف‌ناپذیر و خشک و دوری از تجربه است. مراجعان علاقه‌مند نیستند که خود را آشکار نمایند. آنها اگر ارتباطی برقرار کنند بیشتر درباره موضوعات بیرونی خواهد بود، آنها حتی از امکان وجود مفاهیم و احساسات شخصی خود آگاهی ندارند و ساختار شخصی آنها، بی‌نهایت خشک و انعطاف‌ناپذیر است. از آنجا که آنها نمی‌توانند وجود هر نوع مشکلی را تشخیص دهند و علاقه‌ای نیز به تغییر ندارند؛ لذا بسیار بعید به نظر می‌رسد که در این مرحله، داوطلب درمان شوند. این گونه افراد شناخت کم یا علاقه اندکی نسبت به جهان اطراف خود دارند تشخیص تجربیات شخصی آنها بسیار اندک و خام است و بیشتر در غالب واژه‌هایی نظیر «همیشه» یا «هرگز» بیان می‌شوند. این مراجعان به سختی قابل دسترسی هستند. بهترین کاری که يك درمانگر می‌تواند بکند تشکیل نوعی گروه درمانی یا بازی درمانی است که مراجع در آن بتواند مقبولیت را بدون اینکه چیزی را از دست بدهد تجربه کند.

مرحله دوم: در این مرحله مراجعان فقط کمی بازتر از مرحله قبلی هستند. آنها شروع به بحث درباره موضوعات غیر از خود می‌کنند و در همه این بحث‌ها مطالب مربوط به خود را حذف می‌کنند. آنها احساسات مسئولیت شخصی در محیط خود نمی‌کنند. آنها ممکن است احساسات خود را آشکار سازند (مثلاً ممکن است عصبانی شوند). اما آن احساسات را نمی‌شناسند و متعلق به خود نمی‌دانند. هر گونه بحثی در مورد احساسات، با افعال ماضی صورت می‌گیرد. ساختارهای شخصی آنها هنوز خشک است و بیشتر به عنوان

يك حقيقت در نظر گرفته می‌شود تا يك ساختار. تناقضها ممكن است بدون آنكه به آنها توجهی شود، بیان گردند.

مرحله سوم: در این مرحله مراجعان به نظر می‌رسد که می‌توانند درباره تجربیات جاری خود به عنوان يك چیز خارجی سخن بگویند. آنها خود را افرادی می‌پندارند که حوادث برای آنها اتفاق می‌افتند. آگاهی آنها از خودشان به تصویری که در دیگران منعکس می‌گردد، محدود می‌شود. آنها آزادانه درباره احساسات گذشته خود سخن می‌گویند، اما احساسات جاری خود را یا انکار می‌کنند و یا پست و بی‌اعتبار می‌دانند. آنها شروع می‌کنند به اینکه ساختارها را به عنوان ساختار تشخیص بدهند و نه واقعیت‌های ایجاد شده و آن ساختارها کمتر خشک و غیر قابل انعطاف و کلی و عمومی هستند. آنها اغلب در مانده و ناامید می‌شوند، زیرا که توانایی انتخابهای شخصی مؤثر را ندارند.

مرحله چهارم: مراجعان در این مرحله قدرت شناخت احساسات شدید مربوط به گذشته و مالکیت آن را دارند. اما احساسات کنونی آنها غیر شخصی و یا بیرونی است. عجیب اینکه این مراجعان اغلب ترس فعلی خود را از شناخت و تعلق آن احساسات تشخیص می‌دهند. هم تجربه و هم روشی که تجربه را تعبیر و تفسیر می‌کند خشکی انعطاف‌ناپذیری کمتری دارند. قالبهای «همیشه» یا «هرگز» کمتر استفاده می‌شود. سؤال درباره اعتبار ساختارهای شخصی، شروع می‌شود و تناقضات و ناهمخوانی‌ها از این پس مقبول نمی‌افتد؛ کمی احساس مسئولیت نیز در رابطه با مسائل وجود دارد. مراجعان در این مرحله مانند شناگرانی هستند که پیش از داخل شدن به استخر آب آن را آزمایش می‌کنند. آنها هنوز از ایجاد يك رابطه درمانی نزدیک، هراس دارند. اما به وسیله آن فریفته می‌شوند و محتاطانه آن را امتحان می‌کنند تا ببینند آیا به آنها صدمه‌ای می‌رساند یا خیر. این مرحله حجم کلی درمان را مشخص می‌کند.

مرحله پنجم: در این مرحله احساسات، آزادانه در زمان حال بیان می‌شوند. و بیشتر آن نیز در زمان حال، تجربه می‌شوند اما به هر حال وقتی که این احساسات ظاهر شوند معمولاً توأم با ترس و وحشت هستند تا لذت. این مراجعان به طور فزاینده‌ای قادرند احساسات مربوط به خود را متعلق به خود بدانند. تجربه آنها نزدیک تر و کمتر سازماندهی



شده است. گرایش رشدیابنده‌ای برای بیان مجموعه احساسات، تجربیات و ساختارها همراه با پذیرش بیشتری از مسئولیت‌های شخصی، برای مشکلات شخصی وجود دارد. این مراجعان به فرایند ارزش‌گذاری ارگانیسمی خود نزدیک هستند و در جریان احساسات خود قرار دارند به جای آنکه در ساحل آن بایستند و آن را تماشا کنند. تجربه کردن دیگر خشک و انعطاف‌ناپذیر نیست و ارتباط درونی (آگاهی و تعلق احساسات) دقیق‌تر و درست‌تر صورت می‌گیرد.

مرحله ششم: ویژگی این مرحله «آزاد شدن» احساسات «حبس شده» است. احساسات بازداشت شده قبلی اکنون آزادانه جریان می‌یابند و بدون واسطه و معمولاً با شادمانی تجربه می‌شوند. این مراجعان دیگر تجربیات خود را به عنوان یک چیز خارجی نمی‌پندارند و اکنون به صورت فاعلی در آن زندگی می‌کند. آرامش ناشی از سبکبار شدن روانی، توأم با سبکباری و آرامش فیزیولوژیکی خواهد بود؛ مانند اشکها، آه‌ها، قه‌قهه و آرمیدن اغلب وجود دارد. ناهمخوانی توسط همخوانی بلعیده می‌شود. و از بین رفتن آن با شادمانی زیادی تجربه می‌گردد. مراجعان در این مرحله دیگر «مشکلاتی» چه درونی و چه بیرونی ندارند. بلکه آنها به صورت ذهنی بخشی از عمر خود را که سابقاً «مشکل‌دار» به نظر می‌رسید زندگی می‌کنند. از این مرحله به بعد مراجعان نیاز کمتری به درمانگر دارند.

مرحله هفتم: این مرحله بندرت در خلال درمان اتفاق می‌افتد. زیرا در این زمان مراجع، دیگر به درمان احتیاجی ندارد. در این سطح احساسات جدید، غنی و بدون واسطه تجربه می‌شوند. افراد (که از این پس مراجع نیستند) نه تنها احساسات خود را بلکه تغییرات حاصله در احساسات خود را نیز می‌پذیرند و احساس مالکیت بدان می‌کنند. آنها نسبت به فرایند تجربیات خود اعتماد دارند و از آن لذت می‌برند. تجربه کردن اکنون یک فرایند است زیرا همه یا بخشی از خشکی و انعطاف‌ناپذیری قبلی خود را از دست داده است. ساختار خشک و انعطاف‌ناپذیر جای خود را به یک جریان آزاد آگاهی ذهنی از تجربه می‌دهد. ساختارهای شخصی به صورت موقت شکل می‌یابند تا آنکه براساس تجربه اعتباری پیدا کنند و حتی در آن صورت نیز این ساختارها سست خواهند بود.

## اهداف مشاوره

هدف مشاوره تجدید سازماندهی خود است. طبق نظر راجرز (۱۹۶۱) مشاور موفق، شرایط ارزشمندی را منحل می کند و بازبودن نسبت به تجربه را افزایش می دهد و از آن طریق درجه همخوانی بین خودپنداره و تجربه را گسترش می دهد. از طریق این فرایند مراجع فردی کاملاً فعال می شود. (گرومن ۱۹۷۹) فرد کاملاً فعال، کسی است که پختگی روانی بهینه ای را به دست آورده است و همخوانی کاملی دارد، نسبت به تجربیات باز است و کاملاً آماده توسعه روابط می باشد.

سه ویژگی برجسته شخص کاملاً فعال که به صورت ارگانیسمی کل نگر آشکار می شود چنین است. (پاترسون ۱۹۸۰، صفحه ۴۸۸):

۱. افراد کاملاً فعال، نسبت به کلیه تجربیات خود آزاد هستند. این بدان معنی نیست که آنها هر آنچه را که می تواند تجربه شود، تجربه می کنند بلکه به آن معنی است که آنها نسبت به قبول ورد هرگونه تجربه خاصی، آزاد هستند و محدودیتی برای تجربه کامل هر آنچه پذیرفته شده است ندارند.

۲. آزاد بودن نسبت به تجربه یعنی افراد کاملاً فعال به طور وجودی<sup>۱</sup> زندگی می کنند. یعنی تجربه می کنند بدون آنکه نیازی به کنترل آن داشته باشند. ویژگی این حالت بیشتر انعطاف پذیری و تطابق است تا خشکی و انعطاف ناپذیری.

۳. افراد کاملاً فعال، قادرند آنچه را که «احساس می کنند که درست است» انجام دهند. زیرا به فرایند ارزش گذاری ارگانیسمی به عنوان راهنمای رفتار ارضاکننده اعتماد دارند.

۴. افراد کاملاً فعال، ممکن است «همرنگ جماعت نشوند» و با جامعه سازگاری نداشته باشند اما مثبت و خلاق زندگی کنند.

۵. از آنجا که افراد کاملاً فعال حالت دفاعی ندارند، لذا قادرند به صورت واقعی اجتماعی شوند. آن هم نه از طریق ترس و پر خاشگری بلکه اظهارکننده، قابل اعتماد و قوی باشند.

۶. از آنجا که افراد کاملاً فعال، به طور وجودی زندگی می‌کنند لذا رفتارشان قابل اعتماد است و نه قابل پیش بینی.

۷. افراد کاملاً فعال، آزاد هستند. آنها به افکار خود می‌اندیشند، احساسات خود را احساس می‌کنند و کار خود را انجام می‌دهند البته نه با اغتشاش، بلکه از طریق خلاقیت؛ و نه از طریق رفتارهای ضد اجتماعی یا غیر اجتماعی بلکه به صورت وجودی.

جهات ارزشی‌ای که در افراد ایجاد می‌شود تا آنها را به افراد کاملاً فعال تبدیل کند جزء خصایص فردی و ویژه آنها نیست بلکه در همه فرهنگهای مختلف مشترک است و به عنوان يك امر درونی نوع بشر، تلقی می‌شود. این جهات مشتمل است بر اینکه انسان باشد تا ظاهر را حفظ کند؛ خود و خود رهبری را با ارزش بداند و به فرایند ارزش بدهد؛ نه اینکه اهداف ثابتی داشته باشد. به حساسیت و مقبولیت نسبت به دیگران ارزش بدهد، روابط عمیق با دیگران را با ارزش بداند و بالاخره آزاد بودن نسبت به تمام تجربیات خود از جمله احساسات و عکس العمل‌های دیگران را با ارزش بداند. البته شخص کاملاً فعال و ایده‌آل وجود ندارد.

### آموزش مشاور

راجرز و همکارانش، اولین کسانی بودند که کارگاه کوچکی را برای آموزش روان‌درمانگران به وجود آوردند و کوشش نمودند که مؤثر بودن آنها را ارزیابی نمایند. آنها روشهای نمره‌گذاری را برای تسهیل یادگیری تجربی از فرایند مشاوره مشخص و معلوم نمودند و همچنین ویژگی‌های مشاور مؤثر را نیز مشخص کردند. تجربه‌های نمره‌گذاری راجرز شامل:

الف. گوش دادن به مصاحبه‌های ضبط شده درمانگرهای با تجربه.

ب. ایفای نقش درمانگر با دانشجویانش.

ج. مشاهده مجموعه‌ای از مشاوره‌های زنده که توسط استاد راهنما انجام می‌شود.

د. شرکت در درمان گروهی یا چندگانه.

هـ. سرپرستی مصاحبه‌های مشاوره‌ای دانشجویان.

و. درمان شخصی. (ماتارازو<sup>۱</sup> ۱۹۷۸)

علاوه بر برنامه لاجولا<sup>۲</sup> در کارگاههای تابستانی بیشتر آموزش مراجع محوری در مکانهای تربیتی قدیمی مشاور صورت می گیرد: یعنی يك برنامه سی و شش تا چهل و پنج ساعته ترمی در سطح کارشناسی ارشد. طبق تحقیق هالیس<sup>۳</sup> و وانتز<sup>۴</sup> در مورد برنامه های آموزش مشاور در سطح دانشگاه در ماه آگوست ۱۹۷۹، دیده شد که ۲۴ درصد از افراد آموزش دیده خود را متمایل به روش التقاطی و ۲۱ درصد از آنها خود را پیرو راجرز می دانستند. به نظر می رسد که گروه التقاطی شامل کسانی باشد که «کم یا بیش» پیرو راجرز هستند.

### کارکرد مشاور

نتایج تحقیقات مربوط به نگرشهایی که برای راه اندازی توان رشد حایز اهمیت می باشند بشرح زیر است:

الف. درك توأم با همدلی دقیق و حساس از مراجع.

ب. پذیرش کامل مراجع یا توجه مثبت بی قید و شرط نسبت به او.

ج. خلوص یا همخوانی درمانگر.

به نظر می رسد که این نگرشها بر اساس موقعیتی که فرد در آن قرار دارد حایز اهمیت می باشد. به نظر می رسد که همخوانی در وضعیت معمولی و زندگی روزانه اهمیت بسیار زیادی داشته باشد. در دیگر وضعیت های خاص معین مانند وضعیت بین والدین و کودک یا بین درمانگر و فرد روان پریش دست نیافتنی، توجه یا ارزش قائل شدن ممکن است اهمیت بیشتری داشته باشد. به هر حال درمان زمانی که هر سه مورد به مقدار زیاد وجود داشته باشد مؤثرتر خواهد بود.

همدلی دقیق یکی از مهمترین کارکردهای درمانگر این است که بفهمد مراجع

1. Matarazzo

2. lajolla program

3. Hollis

4. Wantz

چه فکر می‌کند، چه احساسی دارد و چه تجربه‌ای می‌کند و چگونه مراجع رفتار خود را ادراک می‌نماید. این کار مستلزم احساس دقیق و واقعی نسبت به معانی و احساساتی است که در مراجع جریان دارد و در خلال تجربه تغییر می‌کند. این بدان معنی است که درمانگر باید به اندازه کافی در دنیای خود امنیت داشته باشد تا بتواند در دنیای مراجع زندگی کند (زندگی به طور موقت اما براحتی). این مطلب بیشتر بدان معنی است که مشاور نه تنها در دنیای مراجع زندگی می‌کند بلکه قضاوت مراجع را نیز دربارهٔ این دنیا می‌پذیرد درمانگر قضاوت مراجع را قبول می‌کند، نه اینکه این قضاوت صحیح باشد بلکه بدان دلیل که این قضاوتها متعلق به مراجع است. بالاخره درمانگر تنها نباید دنیای مراجع را آن گونه که او می‌بیند درک کند، بلکه باید دقیقاً درک خود را با مراجع رد و بدل نماید. (هولد استاک<sup>۱</sup>، راجرز ۱۹۷۷).

توجه مثبت بی‌قید و شرط کار دیگر درمانگر این است که نوعی توجه نسبت به مراجع داشته باشد که راجرز آن را «توجه مثبت بی‌قید و شرط» نام نهاده است. (راجرز ۱۹۵۱) این به معنی پذیرفتن مراجع «همان گونه که هست» و بها دادن به مراجع به عنوان یک فرد بدون توجه به ظاهر یا رفتار او می‌باشد. توجه مثبت بی‌قید و شرط بستگی به همدلی دقیق به عنوان یک وسیلهٔ نقلیه دارد یعنی کوشش برای درک مراجع بدون به کار بردن کنترل یا قضاوت، که شیوهٔ اولیه برای به کار بردن توجه مثبت بی‌قید و شرط است. (هولد استاک و راجرز ۱۹۷۷).

همخوانی برای انجام دادن و واقعیت دادن به سومین کار کرد، درمانگر باید بعضی از ویژگی‌های فرد کاملاً موثر را داشته باشد. بنابراین او قادر خواهد بود که با مراجعان خود مانند یک انسان تعامل داشته باشد و به آنها پاسخ دهد نه فقط در نقش یک درمانگر. لازمه این کار شفاف بودن نسبی با مراجع است اینکه نسبت به احساسات، افکار و نگرشهای خود در هر لحظه باز باشد به گونه‌ای که مراجع را محدود نکند، بلکه درمانگر را آشکار نماید.

## تمرین مشاوره

### تکنیک‌های عمده

بعضی از فرمولهای قدیمی‌تر درمان غیررهنمودی، درمانگر را به عنوان يك شخصیت در فرایند درمان تلقی نمی‌کرد و بنابراین بیشتر بر تکنیک‌ها تأکید می‌کرد. (راجرز، ۱۹۴۲) اخیراً به درمانگر به عنوان يك فرد فعال در رابطه درمانی توجه می‌شود و بنابراین، نگرشها و فلسفه درمانگر اهمیت بیشتری نسبت به تکنیک‌ها دارند. (پاترسون ۱۹۸۰) از آنجا که بدیهی است تکنیکها وسیله به کارگیری نگرشها و فلسفه هستند، پس این دو باید باهم سازگار باشند. سؤال کردن، واریسی نمودن تعبیر و تفسیر و تجزیه و تحلیل، همه و همه در خزانه درمان مراجع محوری، غایب هستند.

بهترین روش شناخته شده در درمان مراجع محوری بازتاب احساسات است که در حقیقت تشریح چندان دقیقی از فرایند کار نیست بلکه این کار بیشتر توضیح و تفسیر است تا بازتاب صرف؛ و بیشتر احساس و محتوا یا يك حالت کلی است تا احساسات صرف. این کار کوششی است که به مراجعان اجازه می‌دهد تا بدانند هر آنچه می‌گویند شنیده (نه فقط کلماتشان) و همان گونه که هستند درك و پذیرفته شده‌اند؛ حالا هر چه کلمات می‌خواهند باشند. همدلی دقیق وسیله‌ای برای توجه مثبت و همخوانی است. بخشی از این کار رسماً به عنوان يك تکنیک محسوب نمی‌شود و فقط توجه درمانگر است. (تماس چشم، حالت صدا، میزان صحبت و انتخاب کلمات).

### پارامترهای درمان

از آنجا که رویکرد مراجع محوری در موقعیت‌های مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد، يك وضعیت نمونه که کاملاً پذیرفته شده و مقبول باشد، وجود ندارد. رابطه يك به يك مراجع مشاور باید در يك دفتر کار سنتی برقرار شود. در حالی که گروهی از داوطلبان سپاه صلح باید در يك یدك‌کش در سرزمین سرخپوستان همدیگر را ملاقات نمایند. (میدور و راجرز ۱۹۷۳) به طور کلی جلسات فردی هفته‌ای يك بار و به مدت ۵۰ تا ۶۰ دقیقه است. در حالی که جلسات گروهی به مدت يك ساعت و نیم تا دو ساعت، و دوبار در هفته تشکیل می‌شود. به هر حال مدت و فراوانی جلسات بستگی به سن مراجعان و اهداف

رابطه دارند. تعداد جلسات نیز به شدت و نوع مشکلی که فرد با خود به جلسه درمان آورده است بستگی دارد. به هر حال به طور طبیعی درمان مراجع محوری حداقل شش ماه یا بیشتر طول می‌کشد.

### مورد پژوهی

مورد پژوهی زیر از میدور و راجرز (۱۹۷۳، صفحات ۱۴۱-۱۴۰)

درمانگر: من مقداری سیگار در قفسه می‌بینم... ها؟ بیرون گرم است. (سکوت: ۲۵ ثانیه)  
 درمانگر: به نظر می‌رسد که امروز صبح تو عصبانی باشی همین طور است یا اینکه تصور من است؟ (مراجع آرامی سرش را تکان می‌دهد) عصبانی نیستی‌ها؟ (سکوت: یک دقیقه و ۲۶ ثانیه)

درمانگر: احساس می‌کنم اجازه دارم وارد آنچه که در جریان است بشوم؟ (سکوت: ۱۲ دقیقه و ۵۲ ثانیه)

درمانگر: (بنرمی) احساس می‌کنم می‌خواهم بگویم که «اگر بتوانم کمکی بکنم مایلم وارد کار شوم.» از طرف دیگر، کمک من باید درست همان چیزی باشد که تو می‌خواهی... ولی اگر احساس می‌کنی که دوست داری در درون خودت باشی و آنچه که در درونت می‌گذرد احساس می‌کنی، این کار نیز خوب است. حدس می‌زدم که چیز دیگری هم می‌خواهم بگویم، واقعاً می‌گویم که «من به تو اهمیت می‌دهم.» من اینجا مثل یک تکه چوب ننشسته‌ام. (سکوت: یک دقیقه و ۱۱ ثانیه)

درمانگر: حدس می‌زنم که سکوت تو به من می‌گوید که تو نمی‌خواهی یا نمی‌توانی بیرون از خودت بیایی، اشکالی ندارد. من ترا اذیت نمی‌کنم فقط می‌خواهم بدانی که من اینجا هستم. (سکوت: ۱۷ دقیقه و ۴۱ ثانیه)

درمانگر: می‌خواهم ظرف چند دقیقه جلسه را تمام کنم. (سکوت: ۲۰ ثانیه)  
 درمانگر: برآیم دشوار است بدانم که چه احساسی داشته‌ای اما به نظر می‌رسد که می‌توانیم بعضی وقتها هم احساس خوبی پیدا کنیم یعنی وقتی که تنش‌ها را رها و آرامش به دست آوریم اما همان طور که گفتم من واقعاً نمی‌دانم که چه احساسی داری این طور به نظر می‌رسد که اخیراً کارها خراب شده‌اند؟ (سکوت: ۴۵ ثانیه)

درمانگر: امروز ممکن است که تو میل داشته باشی که من حرف نزلم و شاید من هم باید همین کار را بکنم. اما من همچنان احساس می‌کنم که مایلیم با تو به گونه‌ای ارتباط داشته باشیم. (سکوت: ۲ دقیقه و ۲۱ ثانیه) (جیم خمیازه می‌کشد).

درمانگر: به نظر می‌رسد که دلسرد شده‌ای یا خسته‌ای. (سکوت: ۴۱ ثانیه)  
مراجع: نه، فقط پست و نکبت بار است.

درمانگر: همه چیز پست و نکبت بار است؟ تو احساس پستی می‌کنی؟ (سکوت: ۳۹ ثانیه)  
درمانگر: آیا دلت می‌خواهد که روز جمعه سر همان وقت یعنی ساعت ۱۲ بیایی؟  
مراجع: خمیازه می‌کشد و زیر لب چیزی نامفهوم رازمزمه می‌کند (سکوت: ۴۵ ثانیه)

درمانگر: درست نوعی احساس غرق شدن در این پستی و نکبت. احساس نکبت و پستی هوم؟ آیا چیزی شبیه این است؟

مراجع: نه.

درمانگر: نه؟ (سکوت: ۲۰ ثانیه)

مراجع: نه، من فقط هیچوقت با هیچکس خوب نبوده و نخواهم بود.

درمانگر: حالا این احساس را می‌کنی هوم؟ که تو با خودت هم خوب نبوده‌ای و با دیگران هم خوب نبوده‌ای. هیچوقت نسبت به هیچکس خوب نبوده‌ای. به خاطر این است که تو کاملاً احساس بی‌ارزشی می‌کنی؟ اینها واقعاً احساسات پست و نکبت بار هستند، فقط احساس می‌کنی که تو اصلاً خوب نیستی هوم؟

مراجع: آها (با صدای سرد وضعیفی زیر لب زمزمه می‌کند) این چیزی است که آن پسر وقتی که آن روز به شهر می‌رفتیم به من گفت.

درمانگر: این پسری که تو با او به شهر رفتی واقعاً به تو گفت که خوب نیستی؟ منظور تو همین است؟ درست فهمیدم؟

مراجع: بله.

درمانگر: حدس می‌زنم درست فهمیده باشم که فردی وجود دارد که برایت مهم است و آنچه که فکر می‌کنم، برایت مهم است؟ چرا او به تو گفت که تو اصلاً خوب نیستی. این حرف زیر دل ترا خالی کرد. (جیم به آرامی گریه می‌کند) گریه آدم را



درمی آورد. (سکوت: ۲۰ ثانیه)

مراجع: (نسبتاً بی‌اعتنا) من اهمیتی نمی‌دهم.

درمانگر: تو به خودت می‌گویی که اصلاً اهمیت نمی‌دهی، اما حدس می‌زنم که بخشی از تو اهمیت می‌دهد زیرا که بخشی از تو برایش گریه می‌کند. (سکوت: ۱۹ ثانیه)

درمانگر: فکر می‌کنم که بخشی از تو احساس می‌کند که: «کس دیگری به من ضربه زده است. من در زندگی‌م ضربه‌هایی مثل این نخورده‌ام. وقتی که احساس می‌کنم مردم مرا دوست ندارند فردی اینجا وجود دارد که احساس نزدیکی به او می‌کنم ولی حالا او نیز مرا دوست ندارد و من به خودم می‌گویم که برایم مهم نیست نمی‌گذارم که فرقی برایم داشته باشد اما درست همان طور اشکها از گونه‌هایم جاری می‌شوند.»

مراجع: (زمره می‌کند) فکر می‌کنم که همیشه این موضوع را می‌دانستم.

درمانگر: هوم؟

مراجع: فکر می‌کنم همیشه این را می‌دانستم.

درمانگر: اگر درست فهمیده باشم آنچه که شدیدترین ضربه را می‌زند این است که او به تو بگوید تو خوب نیستی. خوب يك نوع شوک است، این همان چیزی است که همیشه در مورد خودت احساس می‌کردی. آیا معنی این حرف تو همین است؟ (مراجع سر خود را به نشانه قبول تکان می‌دهد) اوم. بنابراین احساس می‌کنی که گویی او درست آنچه را که خودت هم می‌دانستی، دارد تأیید می‌کند. او دارد همان چیزی را که تو به گونه‌ای احساس می‌کردی، تأیید می‌کند. (سکوت: ۲۳ ثانیه)

درمانگر: بنابراین چیزی بین گفته‌های او و احساس احتمالی تو پنهان است مانند هر کس دیگری احساس خوبی نداری. (سکوت: ۲ دقیقه و يك ثانیه) پایان مصاحبه.

این مرد جوانی بود که در مؤسسه‌ای که در آن کار می‌کرد مشکل آفرید. او اغلب احساس می‌کرد که با او بدرفتاری می‌شود به آسانی حالت دفاعی به خود می‌گرفت و اغلب با کارمندان دعوا می‌کرد. او نشان می‌داد که فاقد هر نوع احساس لطیف و ظریف است و با دیگران به تندی رفتار می‌کرد. به هر حال در این مصاحبه (و مصاحبه بعدی که در اینجا

گزارش نشده است) او عمق احساسات مربوط به بی ارزشی خود را تجربه می کند و اینکه بهانه ای برای زندگی ندارد.

### کاربرد

رویکرد مراجع محوری در هر زمانی و با هر کسی که احساس می کند او را درك نمی کنند و یا می خواهد که خود درك کند و یا مشتاق است که در مورد افکار و احساساتش باز باشد، به کار برده می شود. چهار نوع وضعیت برای کمک وجود دارد که اصول مراجع محوری به صورت مؤثر در آنها به کار برده می شوند. (میدور و راجرز ۱۹۷۳):

مشاوره و روان درمانی رویکرد مراجع محوری در مشاوره های فردی و با هر نوع مراجعی مؤثر بوده است. مشاوره مذهبی، مشاوره مدرسه، بازی درمانی و مشاوره ناشویی و خانواده، این رویکرد را مورد استفاده قرار داده اند.

آموزش ارتباطات انسانی اصول مراجع محوری، به میزان وسیعی در آموزش یاری دهندگان حرفه ای و غیر حرفه ای به کار رفته است که شامل کارمندان مدرسه در همه سطوح، مددکاران، پرستاران، پزشکان و سپاهیان صلح و داوطلبان خدمت در ارتش آمریکا می باشد. (میدور و راجرز ۱۹۷۳)

گروه های مواجهه گسترش نهضت گروه رشد، به طور عمده مدیون راجرز می باشد اگرچه که او به تنهایی این کار را نکرد. در واقع از اواخر دهه ۱۹۶۰ تا اواسط دهه ۱۹۷۰ او به کلی مشاوره فردی را کنار گذاشت و به کار در گروه های مواجهه پرداخت. این گروه ها دست اندر کار اختلافات بین کارگران و مدیران، روابط سیاه و سفید، مسائل دانشجوی و دانشکده ها و دیگر روابطی که در دو قطب مخالف یکدیگر قرار داشتند، بودند. همچنین روابط میان فردی (اجتماعی) بنیادی تر فرد و گروه را نیز مورد توجه قرار می دادند.

تغییرات نهادی - سازمانی این تغییرات شامل دانشکده ها به طور تك تك و كل نظام دانشگاه شده است؛ همچنین شامل واحدهای صنعتی، بازرگانی، کلیساها و سازمانهایی نظیر YMCA و YWCA و حتی با برخی از مؤسسات دولتی نیز به کار گرفته شده است.

## نقد

## پشتوانه پژوهشی

ویژگی متمایز رویکرد مراجع محوری، این است که دارای یک جنبه تحقیقاتی قوی می‌باشد. شاید به این دلیل است که در این مورد تحقیقات وسیع تری نسبت به شیوه‌های دیگر درمان البته احتمالاً به استثنای رفتار درمانی انجام شده است.

متغیرهای عرضه شده توسط درمانگر نظیر همدلی، احترام و خلوص به طور وسیعی مورد تحقیق قرار گرفته است و نتایج آن پشتوانه‌ای است برای این بخش از نظریه راجرز. لااقل در مشاوره مراجع محوری به نظر می‌رسد که همدلی، خلوص و توجه غیر انحصاری، به نحوی غیر رسمی با بسیاری از متغیرهای این فرایند مانند عمق کاوش خود و نتایج موفق ارتباط دارد. (بارت لنارد<sup>۱</sup> ۱۹۶۲، راجرز ۱۹۶۷، تروآکس و میشل<sup>۲</sup> ۱۹۷۱) برخی شواهد نشان می‌دهند که ممکن است درجات پایین تر این شرایط در بدر شدن وضع مراجع مؤثر باشد. (بارگین<sup>۳</sup> ۱۹۶۳، ۱۹۶۶، تروآکس و کارخوف ۱۹۶۷).

راجرز تصور می‌کرد که خلوص، همدلی و توجه غیر انحصاری شرایط مهمی برای تسهیل در رشد می‌باشند. این شرایط به طور کلی در همه رویکردهای روان درمانی و روابط میان فردی وجود دارد. این فرضیه توسط تروآکس و گروه جان هاپکینز<sup>۴</sup> (تروآکس، وارگو<sup>۵</sup>، فرانک<sup>۶</sup>، ایمبر<sup>۷</sup>، باتل<sup>۸</sup>، هون-ساریک ناش<sup>۹</sup> و استون<sup>۱۰</sup> ۱۹۶۶) و همچنین توسط کورتز<sup>۱۱</sup> و گرومون در سال ۱۹۷۲ تأیید گردید. اما به هر حال گارفیلد<sup>۱۲</sup> و برگن نتوانستند

- 
1. Barrett Lennard
  2. Mitchell
  3. Bargin
  4. Johns Hopkins
  5. Wargo
  6. Frank
  7. Imber
  8. Battle
  9. Hoen-Saric Nasch
  10. Stone
  11. Kurtz
  12. Garfield

همین نتایج را دوباره به دست آورند و لذا اظهار داشتند که ساختارهای راجرزی ممکن است فقط برای مشاوره مراجع محوری و روان درمانی معتبر باشد.

راجرز و جندلین هر دو نظر دادند که تحرك فرایند مشاوره در مشاوره‌های موفق بیشتر از مشاوره‌های ناموفق است و برخی پژوهشهای مقدماتی نیز این موضوع را ثابت نمودند (راجرز ۱۹۶۱). تجربیات بیشتر و دیگر فرایندهای مرتبط با آن نیز عواملی هستند که موارد موفق را از موارد ناموفق متمایز می‌سازند. اما به هر حال مراجعان موفق دارای متغیرهایی از جمله تجربه بالاتر، حتی در ابتدای درمان می‌باشند. مراجعانی که برای درمان مراجعه می‌کنند چنانچه توانایی انجام يك تمرکز تجربی را داشته باشند در درمان موفق تر می‌شوند و کسانی که توانایی آنها کم است، شکست می‌خورند. بنابراین میزان تجربه فرد ارتباط بیشتری با موفقیت او دارد تا تحرك فرایند مشاوره او و مشاور مراجع محوری در بیشتر موارد کمتر کاری برای بهبود توانایی تمرکز تجربی مراجع انجام می‌دهد. باز بودن در مورد روند مستمر و مداوم تجربه مترادف با سلامت روانی نیست. زیرا بسیاری از مراجعانی که کاملاً ناسازگار هستند وقتی وارد درمان می‌شوند نمره بیشتری برای داشتن این نوع توانایی به دست می‌آورند. (راجرز ۱۹۶۷) بجای اینکه سلامت روانی را تعریف کنیم، به نظر می‌رسد که متغیرهای تجربه و دیگر متغیرهای سنجش فرایند، از جمله عواملی هستند که رفتارها را اندازه‌گیری می‌کنند و فرد را قادر می‌سازند تا از مشاوره استفاده ببرد. (گرومون ۱۹۷۹).

پژوهشهای اولیه به وسیله راجرز و دایموند<sup>۱</sup> (۱۹۵۴) هوگان<sup>۲</sup> (۱۹۴۸) و راسکین<sup>۳</sup> (۱۹۴۹) نشان دادند، در حالی که روابط مشاوره‌ای پیشرفت می‌کند میزان دفاع مراجع کاهش می‌یابد و همخوانی بین خود و تجربه افزایش می‌یابد، و در مراجع نیز گرایش به مشاهده خود به عنوان يك موضوع ارزشیابی به وجود می‌آید. مطالعاتی که تروآکس و کارخوف (۱۹۶۷) و کارخوف و یرنسون (۱۹۶۷) انجام دادند نشان داد که

1. Dymond

2. Hogan

3. Raskin

چنانچه شرایط لازم و کافی که راجرز تشریح کرد برای مراجع فراهم شود. آنها به سوی کاوش خود که منجر به تغییرات مثبت می‌گردد حرکت می‌کنند. نه تنها عوامل قید شده در رشد مراجع اثر دارند بلکه درجه شدت و ضعف این شرایط نیز دارای اهمیت می‌باشند. (پژوهشی که تروآکس در سال ۱۹۶۳، تروآکس و کارخوف در سال ۱۹۶۵ انجام دادند).

هالکیدز<sup>۱</sup> (۱۹۵۸) حضور شرایط محوری را به موفقیت درمان ارتباط داد. براساس ملاکهای مختلف، ده مورد به عنوان موارد موفق، و دو مورد به عنوان ناموفق شناسایی شدند. داورانی که آنها را نمی‌شناختند شرایط محوری را که در نوار مصاحبه این موارد وجود داشت درجه‌بندی کردند. هالکیدز دریافت که سه شرط به میزان قابل توجهی با موارد موفق ارتباط داشت. برت لنارد (۱۹۵۹) شرایط محوری را از نقطه نظر مزیت آنها برای مراجع و نه درجه‌بندی مصاحبه‌های داوران، مطالعه کرد. بعد از پنج بار مصاحبه و در پایان درمان، مراجعان «پرسشنامه رابطه برت لنارد» را پر کردند. آنها دریافتند که پیشرفت مراجع در سازگاری به طور عمده بستگی به ادراک آنها از درمانگر دارد (بعد از پنج بار مصاحبه)، یعنی احترام، خلوص و درک توأم با همدلی درمانگر.

در میان مطالعات کاملاً معین از رویکرد مراجع محوری مطالعاتی وجود دارد که به وسیله راجرز در مؤسسه روانپزشکی ویسکانسین انجام شده است (۱۹۶۷) این مطالعه بزرگ نشان داد که:

- الف- بیمارانی که درمانگر آنها گرمی غیر انحصاری، خلوص و همدلی را به مقدار زیادی نشان می‌دادند، تغییرات مثبت عمده‌ای در شخصیت و رفتارشان به وجود آمد.
- ب- بیمارانی که درمانگران آنها این شرایط محوری را به میزان کم ارائه دادند. کارکرد شخصیتی و رفتاری آنها بدتر شد.

نه سال تحقیقات پیگیر تروآکس و میشل (۱۹۷۱) نشان داد که اثراتی که در انتهای درمان پیدا شده‌اند همچنان پایدار می‌مانند. بیمارانی که درمانگران آنها شرایط محوری را به

مقدار زیادی ارائه دادند، عمدتاً نسبت به بیمارانی که درمانگران آنها به مقدار کمی از آن شرایط را ارائه دادند تاریخچه بهتری بعد از درمان داشتند. آنها عمدتاً نسبت به گروه کنترل یعنی بیمارانی که درمان نشدند، بهبودی بسیار بیشتری پیدا کردند.

بالاخره مطالعه ویسکانسین نشان داد که میزان درگیری مراجع در شروع فرایند درمان عامل مهمی برای پیشگویی پیشرفت مراجع است، برخلاف انتظار افزایش کاوش خود مراجع در خلال درمان اثری بر نتیجه آن ندارد در حالی که خود کاوی مراجع در ابتدای درمان با نتیجه درمان ارتباط دارد. یکی از بهترین مطالعاتی که حوزه‌های درمانی متفاوت را مقایسه می‌کند به وسیله راسکین (۱۹۷۴) انجام شد. او هشت دقیقه از بخشهای مختلف نوار شنیداری مربوط به جلسات درمان شش درمانگر متخصص را انتخاب کرد. هر یک از آنها قبول داشتند که بخشهای انتخاب شده نمایانگر شیوه کار آنهاست. هر یک از درمانگران نماینده طرز فکرهای زیر بودند: درمان تحلیل تیادلی، تجربی، روانکاوی، یونگ، مراجع محوری، تحلیل مستقیم. سپس هشتاد و سه درمانگر متغیرهای ذیل را که در نوار وجود داشت، بر اساس یک مقیاس چهار نمره‌ای درجه بندی کردند: شناختی، تجربی، همدلی، درمانگر مدار، برابر نگر، گرم، توجه مثبت بی قید و شرط، همخوانی، تأکید بر ناهوشیار، تقویت کننده‌های منظم، اعتماد به نفس و برانگیختن اعتماد (در داور). علاوه بر درجه بندی کردن بخشهای مختلف نوارهای شنیداری، قضات خودشان را نیز بر اساس متغیرهای مربوط به درمانگر که در کارشان وجود داشت و همچنین بر اساس متغیرهای مربوط به درمانگر که می‌بایست در کار درمانگران ایده آل وجود داشته باشد، درجه بندی کردند. راسکین دریافت که ارزیابی‌ها نشان می‌دهد که درمانگران متخصص، متفاوت از یکدیگر عمل می‌کنند و میزان آشنایی و تجربه داوران اثر کمی در درجه بندی دارد. در ارزیابی آنها از درمانگر ایده آل اشتراکات زیادی وجود داشت و مهم‌تر اینکه داوران عمل خود و یک درمانگر ایده آل را بسیار شبیه به یک متخصص مراجع محوری یافتند. داوران صرف نظر از رشته‌های خود توافق داشتند که جنبه‌های تجربی درمان مهم‌تر از جنبه‌های شناختی آن است و باید به همدلی و همخوانی اهمیت بیشتری نسبت به جهت گیری‌های درمانگر داد و بر ناهوشیار و تقویت منظم تأکید نمود و بالاخره دریافتند که ضریب

همبستگی بین درمانگر مراجع محوری و درمانگر ایده آل، نود و چهار می‌باشد. درمانگر ایده آل با درمانگر تجربی دارای ضریب همبستگی پنجاه و هفت بود که در مرتبه بعدی قرار داشت. چهار متخصص باقیمانده با درمانگر ایده آل دارای ضریب همبستگی منفی بودند و نهایت آن ضریب همبستگی شصت و شش با درمانگر مکتب یونگ بود. بنابراین، این مطالعه نه تنها بر اهمیت شرایط محوری تأکید می‌کند بلکه همچنین نشان می‌دهد که رویکرد مراجع محوری کاملاً نزدیک به رویکرد درمانی ایده آل می‌باشد. این تلقی را هشتاد و سه داور انجام دادند که فقط بیست و سه تن از آنها خود را، مراجع محور به شمار آوردند.

### ارزیابی

وینستون چرچیل یک بار دربارهٔ دموکراسی آمریکا گفت: «این بدترین شکل حکومت در جهان است اما تنها شکل عملی آن است که مؤثر می‌باشد.» قضاوتی که می‌توان از اظهار نظر تعدادی از مشاورانی که ظاهرأ رویکرد مراجع محوری را به کار می‌برند و یا مدعی آن هستند به دست می‌آید این است که به نظر می‌رسد عبارت بالا ارزیابی مناسبی از نگرش حاکم بر مشاوران درباره رویکرد اجرایی باشد. کارخوف و برنسون<sup>۱</sup> (۱۹۶۷) دریافتند که مطالب خوب و بد دربارهٔ درمان مراجع محوری وجود دارد. رویکرد مراجع محوری به مراجع بازخورد فوری و دقیق درباره آنچه که گفته است ارائه می‌کند و به او فرصت می‌دهد تجربیاتی که قبلاً انکار کرده بود را بیان دارد و همچنین امکان می‌دهد تا خود شیوهٔ بیانش را پیدا کند. بعلاوه این رویکرد مسئولیتهای درمانگر را در محدوده‌ای تعریف می‌کند که این محدوده هم برای مراجع و هم درمانگر امن و مطمئن است و درمانگر را قادر می‌سازد تا رابطهٔ ویژه و شخصی با مراجع داشته باشد از سوی دیگر رویکرد مراجع محوری شرایط واقعی زندگی برای کار کردن را از مراجع می‌گیرد و درمانگر را از اینکه بتواند تعهدات خود را از طریق شیوه‌های رهنمودی به مرحله عمل درآورد، محروم می‌سازد.

گرومون (۱۹۷۹) به این حقیقت اشاره می کند که روش مراجع محوری نمی تواند آثار شرایط قبل از درمان را و همچنین وقایع بیرونی همزمان با درمان را بر رفتار مراجع مشخص کند. شیوه کار مراجع محوری بر دریافت ذهنی مراجع از واقعیت استوار است تا خود واقعیت. نقطه ضعف دیگری که به وسیله گرومون اشاره شده این است که بسیاری از ساختارهایی که توسط راجرز به کار رفته به طور مصنوعی جذاب هستند و اگر اجرای آن غیر ممکن نباشد لااقل مشکل است (مانند گرایش به خود شکوفایی، فرایند ارزش گذاری ارگانیسمی).

این نقطه ضعف ممکن است باعث تفسیر غلط کار، توسط يك مشاور ساده و یا بی احتیاط باشد. مشاوره مراجع محوری متضمن چیزی فراتر از فقط گوش دادن فعال و انعکاس احساسات است. اگر مشاور، نگرشهای مهمی را که زیربنای رویکرد راجرزی است جذب نکرده باشد، در واقع او پراستی نمی تواند به مشاوره مراجع محوری بپردازد.

من به طور کلی با این انتقادات موافق هستم اما مخالفت عمده من این است که اگر این روش آنگونه که باید خوب انجام شود، اولاً انجام آن خیلی طول می کشد و ثانیاً شرایط غیر رهنمودی پیش از درمان، قدرت مشاور را برای به کارگیری برخی روشها و تکنیکهای مؤثر از وی می گیرد. من همچنین عقیده دارم که توجه مثبت بی قید و شرط و بی انتها همیشه به نفع مراجع نیست. من دریافته ام که اغلب اوقات (نه همیشه) فقط اغلب اوقات می توانم به مراجع از طریق احترام مشروط به او در مراحل بعدی درمان كمك مؤثر تر و کارآمدتری بکنم. معنی احترام مشروط همیشه به این معنی است که «من رفتار شما را در سطحی پایین تر از آنچه که قبلاً نشان دادید که می توانید آن رفتار را انجام داده و ارائه دهید، قبول نمی کنم.»

بنابراین به طور خلاصه و به نظر من دیدگاه مراجع محوری در مورد ماهیت بشر، رشد شخصیت و رشد رفتار ناسازگار روشن و واقعی است. به عقیده من رویکرد غیر رهنمودی یا مختصر تغییراتی در مراحل اولیه درمان مؤثر می افتد. اما به هر حال من با زبان نامعلوم این روش کمی مشکل دارم اما بیشتر از همه احساس می کنم که در سرتاسر درمان به وسیله توجه مثبت بی قید و شرط اجباری و روش غیر رهنمودی، گیر می افتم.



### وضعیت کنونی

ویژگی تفکرات اخیر راجرز این است که او از درمان مراجع محوری به رویکرد فردمحوری که چیزی بسیار فراتر از درمان است، تغییر جهت می‌دهد. این تغییر جهت کوششی است، برای تأکید بر حالت وجودی به صورت صریح‌تر: فرد واحد اصلی تمام تعاملات است نه فقط به عنوان اینکه عهده‌دار نقشها است (مراجع، دانشجو، مشاور) بلکه به عنوان يك شخص يك موجود همانگونه که من هستم. این روش همچنین توجه را به سمت این واقعیت جلب می‌کند که جامعه توده‌بی‌شکلی از بشریت نیست، بلکه مجموعه‌ای از افراد بی‌تظیر است. عبارت دیگر جامعه چیزی جدا از افرادی که آن را تشکیل می‌دهند نیست. اگر چه این تعریف منعکس کننده دیدگاهی وسیع‌تر از جمعیت است اما به نظر من از اصول درمان مراجع محوری که در چهاردهه پیش طرح شد، دور نشده است.

## رشد منابع انسانی<sup>۱</sup>

از وقتی که تصمیم گرفته شد که این کتاب بر اساس یادداشتهای کلاسی نوشته شود، من به دو دلیل علاقمند شدم این فصل را نیز در کتاب بگنجانم. باب کارخوف<sup>۲</sup> فقط يك نام نیست بلکه او کسی بیش از يك آشنای حرفه‌ای است. در واقع او يك دوست است. حتی بیش از آن، من به رشد منابع انسانی (الگوی HRD) او اعتقاد دارم. از طرف دیگر من هرگز قصد نداشته‌ام که به عنوان دورنمای رفتار انسان این متن کاملاً بی طرفانه و از لحاظ بالینی عاری از هراس‌تباهی باشد. البته فکر می‌کنم که شما حق دارید که علت این تعصبات مرا در مورد باب کارخوف بدانید اما لازم نیست که شما نیز معتقد به آن باشید.

کارخوف در چند جا «ایمان به انسانگرایی ستیزه‌گر و جنگ طلب» را بیان کرده است. (برنسون<sup>۳</sup> ۱۹۷۵، کارخوف و برنسون ۱۹۷۶) اما در هیچ کجا این مطلب را کمتر از این بار اگراف توضیح نداده است.

---

1. Human Resource Development (HRD)

2. Bob Carkhuff

3. Berenson

پرورش انسان ترکیبی است از تعهد، انضباط، مهارت‌ها و راهبردها. غالباً پرورش انسان به سخت کوشی و کسب مهارت‌ها بستگی دارد. تعهد باید رشد کند تا فرد از نظر فیزیکی، هیجانی و عقلانی پیشرفت نماید. انضباط فرد را قادر می‌سازد تا آنچه که باید انجام شود را بدون اینکه زیاده‌روی نماید انجام دهد. مهارت‌ها مجموعه‌ای از پاسخهای لازم را فراهم می‌کند تا بدان وسیله فرد بتواند به طور مؤثری زندگی کند، بیاموزد و به طور مؤثر کار کند. استراتژی‌های منظم، وسایل حصول به اهداف فیزیکی و عقلانی را میسر می‌سازد. (کارخوف و برنسون ۱۹۷۷، صفحات ۴-۵)

## تحول تاریخی زمینه شخصی

رابرت کارخوف در سال ۱۹۳۴ در یک خانواده متوسط در لیندن<sup>۱</sup>، نیوجرسی<sup>۲</sup> به دنیا آمد. او در سال ۱۹۵۶ مدرک کارشناسی خود را در رشته علوم سیاسی از دانشگاه راتگرز<sup>۳</sup> اخذ کرد. سه سال در ارتش خدمت کرد و سپس دکترای خود را در روان‌شناسی از دانشگاه ایالتی نیویورک در بوفالو<sup>۴</sup> در سال ۱۹۶۳ دریافت نمود. پس از فارغ التحصیلی او عهده‌دار پستی در دانشگاه کنتاکی<sup>۵</sup> به عنوان معاون واحد تحقیقات روان‌درمانی شد و همزمان در تحقیقات وسیع اسکیزوفرنیک<sup>۶</sup> کارل راجرز<sup>۷</sup> (۱۹۶۷) شرکت جست. در خلال هشت سال بعد، ابتدا به دانشگاه ماساچوست<sup>۸</sup> و سپس به دانشگاه ایالتی نیویورک در بوفالو رفت و بالاخره از آنجا به کالج بین‌المللی آمریکا در اسپرینگ فیلد<sup>۹</sup> ماساچوست

- 
1. Linden
  2. New - jersey
  3. Rutgers
  4. State University of New york at Buffalo
  5. Kentucky
  6. schizophrenics
  7. Carl Rogers
  8. Massachusetts
  9. Spring field

منتقل شد. او در سال ۱۹۷۰ مؤسسه مشاوره خصوصی کارخوف و همکاران و همچنین مجله رشد منابع انسانی را تأسیس نمود. کمی پس از آن، مؤسسه کارخوف برای تکنولوژی انسانی را بنیانگذاری کرد. او سپس به مشارکت خود در کارهای آکادمیک پایان داد و اخیراً نیز مؤسسه تکنولوژی انسانی خود را توسعه داده است که هدف آن ارائه خدمات به دولتها و صنایع بخش خصوصی در جهت رشد و اجرای آموزش‌های سازمانی و نظامهای بهره‌وری است. در فهرست کتابهای منتخب علوم اجتماعی که به وسیله دانشمندان علوم اجتماعی تألیف شده است، او سه کتاب از صد کتاب این فهرست را نوشته است. آن سه کتاب عبارتند از: به سوی مشاوره مؤثر (با همکاری تروآکس<sup>۱</sup> ۱۹۶۷)، کمک و روابط انسانی جلد اول و دوم که در سال ۱۹۶۹ منتشر گردیده است. (کارخوف ۱۹۸۲)

### زمینه نظری

در اوایل دهه ۱۹۶۰ حرفه‌های یاری‌کننده با این چالش روبرو شدند که مشاوره و روان‌درمانی تغییرات قابل توجهی را در زندگی بیماران به وجود نمی‌آورد. (لویت<sup>۲</sup> ۱۹۶۳، لويس<sup>۳</sup> ۱۹۶۵) آیزنک<sup>۴</sup> دریافت که دوسوم بیمارانش بدون توجه به اینکه آیا توسط روان‌درمانگرهای حرفه‌ای در بیمارستان روان‌درمانی تحت درمان قرار گرفته یا نگرفته باشند، به مدت يك سال بیرون از بیمارستان زندگی کردند بنابراین او نتیجه گرفت که روان‌درمانی مؤثر نیست زیرا ۶۷٪ از بیماران خودبخود بهبود یافته‌اند.

لااقل دو نوع خطای روش‌شناختی در این طرز فکر وجود دارد. خطای اول این واقعیت است که وقتی می‌گوییم این بیماران هیچ نوع کمک حرفه‌ای را دریافت نکرده‌اند، بدان معنی نیست که آنها هیچ نوع کمکی دریافت نکرده‌اند (مثلاً کارمندان بخش، پرستاران، بازدیدکنندگان و یا حتی دیگر بیماران می‌توانستند بخشی از تجارب درمانی خود را به بیمار منتقل نمایند). دوم اینکه آیزنک تغییر در بیمارانی که معالجه شده بودند در مقایسه با آنها

1. Truax

2. Levitt

3. Lewis

4. Eysenck

که معالجه نشده بودند، را در نظر نگرفت. چند گروه از محققان در اواخر دهه شصت، خطای نوع دوم را مورد مطالعه قرار دادند. (راجرز، جندلین<sup>۱</sup>، کیسلر<sup>۲</sup>، تروآکس<sup>۳</sup> ۱۹۶۷، تروآکس و کارخوف<sup>۴</sup> ۱۹۶۷) آنها دریافتند که تفاوت قابل ملاحظه‌ای در نتایج به دست آمده میان بیمارانی که به صورت حرفه‌ای درمان شدند با کسانی که درمان نشدند، وجود دارد. این مطالعه دو نتیجه را به دست می‌دهد: اول اینکه روان‌درمانی در نتیجه کار تفاوت ایجاد می‌کند و این تفاوت هم در جهت مثبت و هم در جهت منفی است. عبارت دیگر برخی از بیمارانی که به صورت حرفه‌ای درمان شده‌اند به طور قابل ملاحظه‌ای بهبود یافته‌اند در حالی که بعضی دیگر بدتر شده‌اند.

تحقیقات اخیر نکات جدیدی از تأثیرات مشاوره و روان‌درمانی را آشکار می‌سازد. آنتونی<sup>۵</sup> و همکارانش دریافتند که در خلال سه تا پنج سال درمان حدود ۶۵ تا ۷۵ درصد از بیماران قبلی‌اش دوباره برای معالجات بیشتر مراجعه می‌کنند و کار سودمند بیماران سابقش نیز زیر ۲۵ درصد است. (آنتونی، بول<sup>۶</sup>، شارت<sup>۷</sup>، آلتوف<sup>۸</sup> ۱۹۷۲، آنتونی، کوهن<sup>۹</sup>، ویتالو<sup>۱۰</sup> ۱۹۷۸). معنای آخر این مطلب این است که مشاوره و روان‌درمانی سنتی دارای میزان ثابتی از موفقیت معادل ۲۰ درصد می‌باشد. از دو سوم بیمارانی که در ابتدا بهتر شده بودند فقط یک سوم تا یک چهارم آنها برای همیشه بهبودی یافتند.

علاوه بر درصد پایین و هشدار دهنده موفقیت مشاوره و روان‌درمانی، نتیجه تحقیقاتی که در بالا بدان اشاره کردیم نیز دو مطلب را نشان داد یکی اینکه کمک کردن ممکن است موجب بهبودی یا بدتر شدن وضع یاری شونده گردد، دیگر اینکه این تأثیرات (یا لااقل بخشی از آن) ممکن است به خاطر کار کرد درمانگر بر برخی از ابعاد هیجانی و روابط

1. Gendlin

2. Kiesler

3. Anthony

4. Buell

5. Sharrett

6. Althoff

7. Cohen

8. Vitalo

میان فردی (اجتماعی) باشد. (کارخوف و برنسون ۱۹۷۷، راجرز ۱۹۶۷، تروآکس و کارخوف ۱۹۶۷) به این معنی که مراجعانی که کار کرد درمانگران آنها در خصوص این ابعاد در سطح نسبتاً بالایی قرار داشت، تغییرات مثبتی را از خود نشان دادند. در حالی که مراجعانی که کار کرد درمانگران آنها در خصوص این ابعاد در سطوح پایینی قرار داشت یا تغییری را از خود نشان ندادند و یا تغییر در جهت بدتر شدن بوده است.

ابعادی از درمانگر که در بالا مورد تحقیق قرار گرفت عبارت بود از همدلی<sup>۱</sup>، توجه بی قید و شرط<sup>۲</sup> و همخوانی<sup>۳</sup> (راجرز ۱۹۶۷). بعدها این ابعاد اصلاح شد و گرمی<sup>۴</sup> غیر انحصاری (بجای توجه بی قید و شرط) و خلوص<sup>۵</sup> (بجای همخوانی) مورد تأکید قرار گرفت. اما این ابعاد به طور اصولی به همان صورت باقی ماندند. در همان زمان تعداد مهارت‌های یاری‌دهنده (درمانگر) افزایش یافت و به مواردی از جمله خودافشایی<sup>۶</sup>، عینی و محسوس بودن<sup>۷</sup>، مواجهه<sup>۸</sup> و بیان فوری<sup>۹</sup> را شامل شد. این ابعاد جدید به عنوان نخستین گام‌های دور شدن کارخوف از راجرز و آغاز ایجاد یک الگوی منظم از مهارت‌های یاری‌کننده تلقی می‌شود. (کارخوف واژه یاری‌کننده را به واژه درمانگر یا مشاور ترجیح می‌دهد زیرا آن واژه بر این واقعیت تأکید دارد که مهارت‌های کمک کردن مخصوص همه اقشار مردم است و نه فقط حرفه‌ای‌ها).

سپس هر یک از مهارت‌های یاری‌کننده به صورت عملی تعریف شد و در خلال این فرایند معلوم شد که همدلی دقیق روش اصلی و مهم برای انتقال احترام است و خودافشایی فرع بر خلوص است. وقتی که مهارت‌های باقی‌مانده یاری‌کننده مورد تجزیه و

- 
1. empathy
  2. unconditional regard
  3. congruence
  4. nonpossessive warmth
  5. genuineness
  6. self - disclosure
  7. concreteness
  8. confrontation
  9. immediacy of expression

تحلیل قرار گرفت، دو عامل خود را نشان دادند: اول پاسخدهی<sup>۱</sup> (دربرگیرنده همدلی دقیق و احترام) و دوم ابتکار (دربرگیرنده مواجهه و فوریت). خلوص، عینی و محسوس بودن هر کدام دو عامل فوق یعنی پاسخدهی و ابتکار را دربرمی گیرند. (به عنوان مثال: تحت عنوان پاسخدهی. عینی و محسوس بودن تشخیص دقیق چارچوب مرجع یاری شونده را انجام می دهد. و تحت عنوان ابتکار، خصوصیات و مشخصات راه و مسیر تعیین می شود.)، (واژه «یاری شونده» جایگزین واژه «مراجع» یا «بیمار» شده است.) بالاخره کاربرد این روش نشان داد که برنامه باید به گونه‌ای طراحی شود که یاری شونده در این فرایند درگیر گردد (مهارتهای توجه) و ضمناً پلی باشد میان حالت پاسخدهی به حالت ابتکار. آخرین مرحله رشد مهارتهای یاری کننده شامل پالایش و تصفیه مهارتهای ابتکاری است. بخصوص آن دسته از مهارتهایی که در تصمیم‌گیری و در توسعه برنامه مؤثر می باشند.

مطالعاتی به منظور تشخیص اثربخشی مهارتهای یاری کننده بر نتیجه کار یاری شونده صورت گرفته است. (آسپی<sup>۲</sup>، ۱۹۶۹ پیرس<sup>۳</sup> و دراسگو<sup>۴</sup>، ۱۹۶۹ شیلینگ<sup>۵</sup>، ۱۹۷۰ و ۱۹۷۶) نتایج یکی از این مطالعات این بوده است که «تغییر درمانی شخصیت» راجرز (۱۹۵۷) جای خود را به «رشد منابع انسانی (HRD)» به عنوان یک نتیجه مطلوب داده است. پس از آن رشد منابع انسانی در چارچوب کمی و کیفی مهارتها در فهرست پاسخهای یاری شونده به عمل و اجرا گذاشته شد. از آنجا که رفتار انسان دربرگیرنده عمل کردن، احساس کردن و فکر کردن است، لذا رشد و توسعه منابع انسانی باید لزوماً شامل کارکرد فیزیکی، هیجانی (میان فردی) و عقلانی باشد.

مطالعه مهارتهای یاری کننده و حاصل کار یاری شونده، کمک کرد تا علت و معلول کمک و یاری کردن تعریف شود. قدم بعدی این بود که این فرایند مورد مطالعه قرار گیرد.

---

1. responsiveness

2. Aspy

3. Pierce

4. Drasgow

5. Shilling

کار همه نظریه پردازان بزرگ از فروید گرفته تا ارجرز و همچنین تجارب بالینی در مشاوره و روان درمانی نشان داد که مرحله اول فرایند یاری رساندن باید با کشف اساس رابطه شخصی با یاری شونده صورت گیرد. از طریق يك سری مطالعات (پیرس، کارخوف و برنسون ۱۹۶۷) که در آن سطح کار کرد یاری کننده به طور آزمایشی دستکاری شد، معلوم گردید که میزان خود کاوی یاری شونده تا حدودی تابع مهارت های پاسخدهی یاری کننده است. عبارت دیگر فرایند یاری رساندن با حضور یاری کننده شروع شد، و خود کاوی از طریق پاسخدهی یاری کننده تسهیل می گردد.

نقطه پایان یاری رساندن، دگرگونی قابل رؤیت در رفتار یاری شونده است. در اصطلاحات رشد منابع انسانی (HRD) این مطلب به معنی يك تغییر قابل رؤیت و یا دستیابی به يك کار کرد فیزیکی، هیجانی و یا عقلانی است. عبارت دیگر یاری شونده باید تغییر را از طریق اعمال قابل مشاهده خود به نمایش بگذارد. اما به هر حال پژوهش و کار بالینی نشان داده است که کاوش (کاوش وسیع و حتی کامل) به تنهایی برای سوق دادن یاری شونده به سوی عمل کافی نیست. دو عنصر دیگر نیز مورد نیاز است: درک یاری شونده و مهارت یاری کننده. یاری شونده نه تنها باید بداند که در کجای دنیایش قرار دارد، بلکه باید ارتباط جایی را که در آن قرار دارد نسبت به جایی که می خواهد یا نیاز دارد در آنجا باشد را بداند. بسیاری از یاری شندگان حتی پس از آنکه به طور کامل نقاط قوت و ضعف خود را دریافتند، نمی توانند یکی را حذف و بقیه را تقویت کنند. زیرا مهارت آن کار را ندارند. وظیفه نهایی یاری کننده در فرایند کمک رسانی این است که مهارت های لازم را به فرد بدهد.

### خلاصه

نتیجه و حاصل کار در چارچوب رشد منابع انسانی به صورت زیر تعریف می شود: افزایش سطح کار کرد یاری شونده در زمینه های جسمانی، هیجانی، میان فردی و عقلانی. این نتایج عمدتاً تابع مهارت های یاری کننده در حضور، پاسخدهی، شخصی سازی و ابتکار است. فرایندی که بدان وسیله یاری شونده از طریق کاوش و درک رشد می کند و به سوی عمل رهنمون می شود.



## نظریه شخصیت

### تعریف واژه‌ها

آگاهی دادن (informing) اولین قدم برای درگیر نمودن یاری‌شونده در فرایند یاری‌رساندن است. برای اینکه بداند چه کسی را ببیند، چه وقت و کجا ملاقات صورت گیرد، چگونه به آنجا برود و هدف کلی مصاحبه چه خواهد بود؟

ابتکار (initiative) یعنی یاری‌کننده تجربه یاری‌شونده را مورد توجه قرار دهد تا تجربه خودش را از یاری‌شونده افزایش داده، ارتباط و پیوستگی با او داشته باشد و اهداف و گام‌های عملی برای کمک به یاری‌شونده را تعیین کند تا او از آنجایی که هست به جایی که می‌خواهد یا نیاز دارد باشد، برود.

اثر بخشی (effectiveness) و مؤثر بودن در هر کاری بستگی به افراد مؤثر دارد که از برنامه‌های مؤثر در یک سازمان مؤثر استفاده می‌کنند.

احترام (respect) یا توجه مثبت در فرایندهای میان فردی یعنی انتقال احترام و توجه مثبت به احساسات، تجربیات و استعدادهای یاری‌شونده.

افراد مؤثر (effective people) بر اساس کمیت و کیفیت پاسخهایی که در فهرست مهارت‌های میان فردی دارند، عمل می‌کنند.

بدنسازي (physical fitness) شامل انرژی و منابع جسمانی برای بهتر کار کردن از نظر جسمانی، هیجانی و عقلانی است. این کار اساساً به وسیله اندازه‌گیری توان و قدرت قلب صورت می‌گیرد و بعد به وسیله انعطاف‌پذیری و قدرت پویا اندازه‌گیری می‌شود. البته بدنسازي به معنی توانایی ورزشکار بودن نیست.

برنامه‌های مؤثر (effective programs) روش‌های منظم برای عملی کردن اهداف و رشد برنامه‌های گام به گام جهت دستیابی به این اهداف را پیشنهاد می‌کند.

پاسخ دادن (responding) مهارت یاری‌کننده است شامل پاسخهایی کلامی و غیر کلامی یاری‌کننده به محتوا، احساسات و معانی بیان یاری‌شونده از تجربه خودش.

پاسخ قابل مبادله (interchangeable response) همان پاسخ یاری‌کننده به یاری‌شونده است. یعنی یاری‌کننده احساسات و دلیل آن احساسات را آنگونه که به وسیله یاری‌شونده

بیان می‌شود به خود او انتقال دهد. این کار معمولاً به این صورت انجام می‌گیرد «تو احساس می‌کنی... زیرا...»

پاسخ‌دهی (responsiveness) هر پاسخ به تجربه یاری‌شونده تأکید دارد. این پاسخ در سطحی است که در آن یاری‌شونده تجربه خود را بیان می‌کند. پاسخ‌دهی به طور کامل به تجربه یاری‌شونده و مهارت‌های یاری‌کننده برای تمییز دادن آن و انتقال دقیق درك خود از تجربه تأکید دارد.

تشویق کردن (encouraging) گام بعدی برای درگیر کردن یاری‌شونده در فرایند یاری کردن است. یعنی برای درگیر شدن يك استدلال شخصی به یاری‌شونده بدهیم. حالت و طرز نشستن (positioning) مجموعه‌ای از مهارت‌های حضور فیزیکی در جلسه درمان است شامل سطح، زاویه، ارتباط چشمی.

حضور (attending) در برگیرنده يك عمل فیزیولوژیکی است که از سوی یاری‌کننده صورت می‌گیرد و بدان وسیله او را قادر می‌سازد تا در فرایند یاری‌رساندن درگیر شود. خزانه پاسخ (response repertoire) یعنی مجموعه‌ای از پاسخ‌های کلامی و غیر کلامی به تجربه جاری اوست، که ممکن است شامل پاسخ کلامی به فرد و یا پاسخ عملی به يك موقعیت باشد.

خلوص (genuineness) در فرایندهای میان فردی، خلوص تسهیل‌کننده به معنای این است که میان آنچه یاری‌کننده در مورد احساسش می‌گوید و آنچه علایم و شواهد نشان می‌دهد، تفاوتی وجود نداشته باشد.

خودافشایی (self-disclosure) آشکار کردن خود، افشای یاری‌کننده از جزئیات شخصی است. به گونه‌ای که کاوش خود (خودکاوی) و درك از خود را تسهیل می‌کند.

خودشکوفای (actualizer) اینها کسانی هستند که دارای ویژگی‌های زیر می‌باشند. انرژی بالای جسمانی، تعهدات عاطفی نسبت به مأموریتی که مربوط به دیگران است. ارتباطات میان فردی که در برگیرنده مأموریت دیگران می‌شود، مهارت‌های ذاتی خاص که منجر به مهارت‌های تخصصی می‌شود، مهارت‌های یادگیری برای پردازش مؤثر داده‌ها و مهارت‌های تدریس برای انتقال اطلاعات پردازش شده.

درك (undrestanding) از خود در فرایندهای میان فردی به معنی توانایی یاری شونده برای کاوش و جستجو در مورد وضعیت کنونی (جایی که هست) و وضعیت دلخواه (جایی که می‌خواهد یا نیاز دارد که باشد).

رشد منابع انسانی (human resource development) رشد یا تحقق بخشیدن به توان بالقوه انسان است و منظور، رشد کارکرد فیزیولوژیک، هیجانی، میان فردی و عقلانی یاری کننده و یاری شونده می‌باشد.

رشد و توسعه برنامه (program development) در مفهوم وسیع آن شامل:

الف. سنجیدن یا کاوش کردن جایی که هستید یا وضعیت کنونی.

ب. تعریف عملی از جایی که می‌خواهید باشید یا وضعیت دلخواه.

ج. تعریف عملی از گامهایی که شما باید برای رسیدن به وضعیتی که مایلید به آنجا برسید (وضعیت دلخواه) بردارید.

رشد و توسعه برنامه همان مرحله ج است، یعنی طراحی و اجرای گامها برای دستیابی به هدفی که به صورت عملی تعریف شده است.

سازمان مؤثر (effective organization) به معنی ارتباط افراد مؤثر با برنامه‌های مؤثر است. کار یک سازمان مؤثر این است که افراد مؤثر را برای نقشهای رهبری انتخاب کند و آنها را با برنامه‌هایی مجهز نماید، برنامه‌هایی که نه تنها نحوه اداره کار را مشخص می‌کند، بلکه رهبری مؤثر را نیز در کار به وجود آورد.

سلسله مراتب ارزشی (value hierarchy) یک فرد عبارت است از درجه‌بندی ارزشهای شخصی فرد که دارای تأثیر مستقیم بر گزینه‌های او برای انتخاب یک شیوه عمل است.

شخصی سازی (personalizing) از جمله مهارتهای یاری کننده است که بدان وسیله سعی دارد به یاری شونده کمک کند تا او رابطه بین جایی که هست (وضعیت موجود) را نسبت به جایی که می‌خواهد یا نیاز دارد باشد (وضعیت دلخواه)، بفهمد. این کار شامل بنیانگذاری مبنا یا زمینه پاسخهای قابل مبادله است قبل از اینکه معنا، مشکل، احساسات و هدف جنبه شخصی یابد.

شخص کامل (whole person) فردی با کار کرد کامل و خودشکوفاست که زندگی او شامل اعمالی است که منابع فیزیکی، هیجانی و فکری را به گونه‌ای یکپارچه می‌کند که این اعمال منجر به خود قوی‌تر و خود کفایی و خودشکوفایی می‌گردد. (کارخوف و برنسون ۱۹۷۷). کمال مانند خودشکوفایی ایده‌آلی است که هدف قابل دسترسی در عمل نیست. عینی و محسوس بودن (concreteness) یا صراحت بیان، در برگیرنده بیان مستقیم، روان و کامل احساسات و تجربیات خاص یاری‌کننده و یاری‌شونده است بدون توجه به محتوای هیجانی آنها.

فوریت (immediacy) یعنی درک و تعبیر و تفسیر آنچه در حال حاضر بین شما (یاری‌کننده) و یاری‌شونده می‌گذرد. فوریت شامل پاسخگویی و رفتار مبتکرانه زیاد است یعنی زندگی کردن به طور کامل در هر لحظه به وسیله پاسخگویی به طور کامل به تجربه یاری‌شونده و ابتکار داشتن به طور کامل بر اساس تجربه خود (یاری‌کننده) می‌باشد. کاوش خود (exploration) (خود کاوی) در فرآیندهای میان فردی شامل معرفی داوطلبانه یاری‌شونده از طریق بیان مطالب مربوط به خودش می‌باشد، یعنی جایی که او در رابطه با دنیایش و مردم این دنیا قرار دارد.

گامهای تفکر (think steps) از گامهای اجرایی يك برنامه پشتیبانی می‌کند و بر سه نوع می‌باشد:

الف. گامهای پیش از تفکر، که یاری‌شونده را برای اجرای گامهای عملی آماده می‌سازد.

ب. گامهای در خلال تفکر، به یاری‌شونده اجازه می‌دهد که پیشرفت خود را دنبال کند در عین حالی که به طور عملی در برداشتن گامهای اجرایی درگیر شده است.

ج. گامهای پس از تفکر، گامهایی است که به یاری‌شونده امکان می‌دهد که یادگیری خود را مستحکم ساخته و او را مطمئن می‌سازد که گامهای عملی به طور رضایت بخشی انجام شده است.

گامهای ثانویه (secondary steps) فاصله بین گامهای نخستین يك برنامه را پر می‌نماید. دومین مرحله رشد و توسعه برنامه، رشد و توسعه گامهای ثانویه است. ویژگی

آن این است که گامهای نخستین رشد یافته را به اهداف کوچکتر تبدیل و سپس گامهای جدید برای این اهداف را طراحی کند. مرحله‌نهایی فرایند شامل تعیین زمان برای هر گام است.

گامهای نخستین (primary steps)، گامهای اصلی يك برنامه را گامهای نخستین آن برنامه می‌نامند. اولین مرحله رشد و توسعه برنامه، طراحی گامهای نخستین است یعنی شناسایی هدف که پیچیده‌ترین گام در برنامه است، بعد از آن نقطه شروع به عنوان آسانترین گام و بالاخره گامهای میانی در فواصل زمانی مناسب و یا در هنگام حل مشکل.

مقیاس مطلوب (favorability scale) در فرایند تصمیم‌گیری به کار می‌رود و طرحی منظم است که در ابتدا انواع چیزهایی را که بر روی هر نوع ارزشی اثر مثبت دارند، تعیین می‌کند. مقیاس مطلوب بر تصمیم‌گیری اثر می‌گذارد.

مواجهه (confrontation) يك پاسخ فعال، سنجیده و عینی است که یاری‌کننده بر اساس اثری که یاری‌شونده بر او داشته است این بازخورد را ارائه می‌دهد. مواجهه شامل ناهمخوانی‌های زیر است:

الف. ناهمخوانی بین بیان آنچه که یاری‌شونده مایل است بشود و اینکه او در واقع چگونه خود را بیان می‌دارد.

ب. ناهمخوانی بین بیان کلامی یاری‌شونده از آگاهی او نسبت به خودش و رفتار مشاهده شده یا گزارش شده از او.

ج. تجربیات یاری‌کننده از بیانات یاری‌شونده در مورد تجربه‌ای که در مورد خودش داشته است.

مهارتها (skills) قابل مشاهده، قابل اندازه‌گیری، تکرار کردنی و آموختنی هستند (رفتارها). مهارتها نمایشهای عملی از ابعاد مختلف توان انسانی هستند.

مهارتهای گوش دادن (listening skills) یعنی معوق نگاه داشتن داوری و قضاوت شخصی خودتان است تا بتوانید چارچوب مرجع یاری‌شونده را بشنوید. قدم بعدی این است که یاری‌کننده باید به نشانه‌هایی از احساسات، سطح انرژی و درجه همخوانی مراجع توجه کند. یاری‌کننده باید به چه کسی، چه چیزی، کجا، چرا و چگونه وضعیت یاری‌شونده گوش دهد.

مهارتهای مشاهده (observing skills) شامل توانایی یاری کننده برای دیدن و درک رفتار غیر کلامی یاری شونده است. یاری کننده باید جنبه‌هایی از ظاهر و رفتار یاری شونده را که میزان انرژی، احساس و میزان همخوانی یاری شونده را نشان می‌دهد، مشاهده نماید. مهارتهای موارد خاص (speciality-area skills) مهارتهایی هستند که برای اجرای مؤثر کارکردهای یادگیری یا کاری شخص لازم است (مانند مهارتهای مطالعه برای دانشجویان و مهارتهای تدریس برای معلمان).

مهارتهای میان فردی (interpersonal skills) یعنی مهارتهای واقعی ارتباط که رابطه بین دو نفر را تسهیل می‌کند و یکی از آن دورا (یاری کننده) قادر می‌سازد تا در تحقق بخشیدن به توان بالقوه و پتانسیل فرد دیگر (یاری شونده) مشارکت داشته باشد. مهارتهای میان فردی شامل حضور پاسخدهی، شخصی سازی و مهارتهای مبتکرانه است.

همدلی دقیق (accurate empathy)، به نظر می‌رسد که توانایی یاری کننده در ایجاد ارتباط آنهم در سطح بالایی از درک همراه با همدلی بستگی به توانایی او در تجربه کردن یا درهم آمیزی با تجربه یاری شونده و انعکاس این تجربه دارد. و این درحالی صورت می‌گیرد که قضاوت‌های شخصی یاری کننده معوق گذاشته شده و اضطراب تحمل می‌گردد و درک حاصل با یاری شونده در میان گذاشته می‌شود.

یاری کردن (helping) عملی است که تغییرات رفتاری سازنده را در فرد تسریع می‌کند تا بدان وسیله ابعاد مؤثر زندگی فرد توسعه یافته و فرد اجازه باید کنترل شخصی بیشتری بر فعالیتهای بعدی خود به عمل آورد.

### ماهیت انسان

کارخوف معتقد است که ماهیت انسان خزانه وسیعی از توانایی‌های بالقوه نامحدود است که بخش اعظم آن مورد بهره‌برداری قرار نگرفته‌اند؛ همه انسانها خزانه وسیعی از انرژی دارند که تعداد زیادی از آن مورد بهره‌برداری قرار نمی‌گیرد. انرژی جسمانی بسیاری از ما در این خزانه بیش از آنچه که استفاده می‌کنیم است، اما ما بدون اینکه ورزش کنیم؛ استراحت کافی داشته باشیم و یا رژیم غذایی مناسبی را برگزینیم اجازه می‌دهیم که بدنمان ضعیف شود، توان هیجانی همه ما نه تنها برای لذت بردن از زندگی خودمان کافی

است، بلکه می‌توانیم برادرها و خواهرهایمان را نیز در این شادی سهیم نماییم. علیرغم همه اینها مادر لاک خود می‌خزیم و احساساتمان را در پشت سرمان می‌کشیم. توان ذهنی همه ما برای درک چیزها خیلی بیش از آنچه که فکر می‌کنیم است، اما از یادگیری‌های جدید می‌ترسیم و آنچه را که به معلمان خود می‌گوییم این است که «چیزی را که نمی‌دانم به من نیاموز» ما از نظر ذهنی خیلی غنی هستیم اما بسیاری از ما با این همه نکات قوت می‌میریم - قبل از اینکه واقعاً بمیریم.

این دیدگاه هم خوش بینانه است و هم بدبینانه: خوش بینانه از این لحاظ که نسبت به توان بشری خوش بین است و بدبینانه از این لحاظ که به شکوفایی این توان بدبین است. بدبینی تنها به این دلیل نیست که توان بشری نمی‌تواند شکوفا شود، بلکه در واقع این توان می‌تواند شکوفا شود، اما نمی‌شود. بسیاری از یاری‌دهندگان حرفه‌ای به انسانها نمی‌آموزند که چگونه توان بالقوه خود را شکوفا سازند.

دیدگاه کارخوف از ماهیت انسان طعم و بوی دیدگاه آدلر را دارد، احساس علاقه اجتماعی: «(رشد منابع انسانی به معنای رشد خودمان و دیگران است. ما نمی‌توانیم منابع خود را کاملاً رشد و توسعه دهیم در حالی که درگیر رشد منابع دیگران نباشیم. رشد منابع انسانی فرایندی همزمان و دوجانبه بین یاری‌کننده و یاری‌شونده است.» (کارخوف ۱۹۸۱، صفحه ۱۴۹)

کارخوف به ماهیت انسان به عنوان فرایندی پویا نگاه می‌کند و نه وجودی ایستا. او شیفته فنون روان‌شناسی وجودی<sup>۱</sup> نیست. او با دیدگاه خودش (HRD) احساس راحتی می‌کند: زندگی رشد است. تنها دلیل ما برای زندگی کردن رشد است. رشد به فرد آنچنان وسعت می‌بخشد که او را همراه با دنیا می‌کند.

### ساختار شخصیت

HRD یا رشد منابع انسانی اعتقاد به نظریه ساختار شخصیت ندارد. اینچنین نظریه‌ای و ساختار به وجود آمده آن (نهاد، خود و...) بسیار ایستامی باشند. وقتی که

کار خوف در مورد ساختار روانکاوی می نوشت، این کار را با علاقه انجام نمی داد. «ناهو شیار برای کسانی که از منابع خود سوء استفاده می کنند و خود را گول می زنند و از دیگران هم می خواهند که همین کار را بکنند. جزء اصلی روانی به حساب می آید.» (کار خوف و برنسون ۱۹۷۷، صفحه ۱۰۵). او ساختار خاصی را برای توان بشری قائل بود: از آنجا که ما به صورت عملی به شکل اعمال، احساسات و افکار تعریف می شویم لذا ما هم به وسیله این ساختار محدود می شویم و هم آزادورها. ما نمی توانیم به خارج از این ساختار برویم اما در داخل همین ساختار نیز افقهای ما نامحدود است.

### رشد شخصیت

کار خوف معتقد است که هماهنگی با این دیدگاه از شخصیت، یعنی توان فرد برای کار کرد مؤثر به صورت جسمانی، هیجانی و عقلانی، رشد شخصیت نیز در رابطه با رشد منابع جسمانی، هیجانی و عقلانی مطرح می شود. بعلاوه او به طور مداوم به فرایند پویا و پیوسته رشد توجه می کند و نه به نتیجه ایستای این فرایند. بنابراین او از نظریه ای سنتی که رشد را به صورت یک سری مراحل معین و مشخص ترسیم می کند اجتناب می ورزد. از آنجایی که این رویکرد به نفع انسان نمی تواند تعبیر و تفسیر شود لذا او به پژوهشها توجه می کند تا علت و معلول رشد جسمانی، هیجانی و عقلانی را کشف و توضیح دهد.

رشد جسمانی در حال حاضر سه نوع پژوهش در رابطه با رشد جسمانی وجود

دارد:

الف. تغییر کارکردهای مستقل از طریق تکنیکهای شرطی سازی (مانند

بیوفیدبک)<sup>۱</sup>.

ب. اثر محرك حسی بر رشد جسمانی (مانند تجربیات محرومیت حسی).

ج. اثر استرس محیطی بر کارکرد جسمانی (مانند جاذبه صفر). این گونه مطالعات

آگاهی ما از رشد جسمانی افزایش می دهد. در نتیجه این نوع یادگیریهای جدید، برنامه های

رشد جسمانی آینده با اضافه نمودن تمرینهای بدنسازی آغاز می شود تا کارکردهای جسمانی را



به منظور به دست آوردن کنترل شناختی از سلامتی تغییر دهد. (کارخوف ۱۹۸۱)

رشد هیجانی در فرمولهای اصلی (کارخوف ۱۹۶۹، کارخوف و برنسون ۱۹۷۶ و ۱۹۷۷) کارخوف واژه هیجانی را برای تعاملات میان فردی و مهارتهای مربوط به تعاملات میان فردی به کار برده است. اخیراً او معنای این واژه را کمی تغییر داد و آن را شامل عوامل درون فردی نیز نمود. او واژه برانگیزنده<sup>۱</sup> را به جای انگیزش<sup>۲</sup> اختراع کرد. عامل درون فردی شامل ایجاد رسالتی خارج از فرد می باشد. توجیهی برای عدالت در مورد بخشی از جمعیت مانند جمعیت زنان، اقلیت ها و کودکان (کارخوف ۱۹۸۱). عامل میان فردی (اجتماعی) شامل متعهد کردن خود به رسالت یک نفر دیگر لفظ به کار برده شده به معنی این است که کسی که عامل درون فردی را دارد «به فرد دیگر ماهی می دهد» در حالی که کسی که عامل میان فردی را دارد «به فرد دیگر مهارتهای ماهیگیری را می آموزد». انسان کاملاً خود شکوفا از هر دوی اینها استفاده می کند.

اما چگونه یک نفر می تواند از هر دوی اینها استفاده کند؟ چگونه این عوامل هیجانی - برانگیزنده رشد می یابند؟ این کار تنها از طریق تماس مداوم و پیوسته با مردمی است که کار کرد آنها در رابطه با این عوامل در سطح بالایی قرار دارد. کارخوف در مورد آموزش مهارتهای میان فردی می نویسد که (کارخوف و آتونی ۱۹۷۹، کارخوف و برنسون ۱۹۷۶) او منحصر آبه آموزش یاری کنندگان حرفه ای یا غیر حرفه ای جهت کار در موقعیت های حرفه ای اهمیت می دهد. به هر حال اگر وسیع تر فکر کنیم می بینیم که کار خوب از خانه شروع می شود: والدینی که در سطوح بالایی کار می کنند، احتمالاً کودکانی خواهند داشت که کار کرد آنها نیز در سطوح بالایی خواهد بود (به نسبت کودکانی که کار کرد والدین آنها در سطوح پایینی از این عوامل قرار دارد). چنانچه این کودکان «سطح بالا» در خارج از خانه با بزرگسالان خود شکوفا برخورد داشته و اینچنین انسانهایی را ملاقات کنند آنوقت شانس آنها برای اینکه خود شکوفا شوند بشدت افزایش می یابد.

1. emotivation

2. motivation

رشد عقلانی به عقیده کارخوف «تاکنون هیچ نوع ترتیب شناختی رشد که مورد قبول همگان نیز باشد وجود ندارد.» (۱۹۸۱، صفحه ۲۴) اما اوسپس نظریه‌های پیازه<sup>۱</sup>، دیویی<sup>۲</sup>، گگن<sup>۳</sup>، بلوم<sup>۴</sup> و گیلفورد<sup>۵</sup> را به عنوان نظریه‌هایی که در عملی ساختن رشد شناختی کمک کرده‌اند خلاصه می‌نماید. بعدها در خلال همان کار (صفحات ۹۱-۸۳) زمانی که در مورد ابعاد عقلانی افراد خودشکوفای می‌نویسد، سه بعد را در مورد این افراد شناسایی می‌کند. اولین بعد تخصص محتوایی است یعنی درجه‌ای که فرد مهارت‌ها و دانش موردنیاز برای کارکرد مؤثر را در دنیای خود کسب می‌کند. مطلب دوم مهارت‌ها و فرایندهای فرد است یعنی بتواند در هر نوع موقعیت یادگیری، وسایل مؤثر از قبیل جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و تعبیر و تفسیر اطلاعات را به کار گیرد. سومین بعد عقلانی به مهارت‌های آموزش و ارتباط فرد مربوط می‌شود یعنی کمک کردن به دیگران که براساس درک، شیوه عمل را به وجود آورد. به نظر می‌رسد که رشد عقلانی تنها در چارچوب تماس و برخورد با انسان خودشکوفای می‌تواند تحقق یابد.

### رشد رفتار ناسازگار

همه رفتارها آموخته شده‌اند: چه رفتارهای سازگار و چه رفتارهای ناسازگار، در جهت بهتر یا بدتر شدن، کارکرد کمیت و کیفیت مهارت‌های آموخته شده است که در جای خود و به نوبه خود کارکرد کیفیت تجربه یادگیری است.

همه یادگیری‌ها با چارچوب مرجع آموزش دهنده شروع می‌شوند. اگر یاری دهنده (والدین، معلم، مشاور، همسر) مهارت‌های لازم برای تسهیل کاوش اولیه را نداشته باشند، آنوقت یادگیری هم صورت نخواهد گرفت. یادگیری زمانی به اوج خود می‌رسد که در يك مهارت عینی تجلی پیدا کند مهارتی که به درد دنیای یادگیرنده بخورد. اگر یاری دهنده و مهارت‌های لازم را در خصوص شناسایی نقاط قوت و ضعف یاری شونده و مهارت‌های موردنیاز

1. Piaget
2. Dewey
3. Gagne
4. Bloom
5. Guilford

و ایجاد برنامه‌هایی جهت حصول به این مهارت‌ها را نداشته باشد، هر نوع بینشی که در کاوش به دست آید، ممکن است در دریای بیهودگی و بی‌فایده‌گی گم شود.

هرچند که کارکرد یاری‌دهنده در سطوح بالایی از مهارت‌های میان‌فردی باشد ولی اگر او مهارت‌های محتوایی را به کار نگیرد، یاری‌شونده می‌ماند و يك کیسه خالی بر دوش. تعداد بسیار زیادی از مردم در حالی بزرگ می‌شوند که تشنه فقط يك زره درك، عشق، احترام، خلوص و توجه هستند. بقیه افراد به وسیله یاری‌دهندگانی که اغلب یا خودشان هستند و یا قربانیان دیگر (والدین، معلمان، مشاوران، کارمندان و همسران که مهارت‌های واقعی برای این کار را ندارند) قربانی می‌شوند. احتمالاً در نوع بزه‌کاران نوجوان فهرست محدودی از پاسخ‌ها وجود دارد. کسانی که پاسخ‌های عقلانی، میان‌فردی و حتی فیزیولوژیکی آنها شدیداً محدود است و احتمالاً دریافت كمك مؤثر نیز محدودتر می‌باشد. این همان فهرست محدود پاسخ‌هاست که احتمال ضعیف کارکرد مؤثر را در يك وضعیت خاص به فرد دیکته می‌کند. الگوی معمول روابط انسانی با اولین تماس به اوج خود می‌رسد و بعد کاهش می‌یابد و مشخصه آن این است که هر يك از طرفین در این رابطه یکدیگر را اساساً نادیده می‌گیرد (کارخوف، برنسون ۱۹۷۶، ۱۹۷۷) «کودکان ما گم شده‌اند زیرا که ما گم شده‌ایم. کودکان ما پرورش نیافته‌اند زیرا که ما نمی‌دانیم چگونه آنها را پرورش دهیم. ما نمی‌توانیم انسان پرورش دهیم زیرا که مهارت‌های این کار را نداریم.» (کارخوف و برنسون ۱۹۷۷، صفحه ۴)

در دیدگاه HRD بدکاری یا رفتار ناسازگار تنها به جدال درونی روانی موهوم و اسرار آمیز بستگی ندارد بلکه بیشتر به کمبود مهارت‌ها یا عدم توانایی فرد در کارکرد مؤثر در زندگی خودش بستگی دارد. به همین دلیل است که کارخوف این عبارت را درست می‌کند «جامعه ستیزی... عبارت است از مشغولیت ذهنی با امور نامربوط» (کارخوف و برنسون ۱۹۷۷، صفحه ۴۵) عبارتی کارخوف می‌گوید که مردم دیوانه یا بد نیستند بلکه آنها مهارت ندارند. زیرا هیچکس به خود زحمت نمی‌دهد که کمبودهای آنها را در خصوص مهارت‌ها ببیند و یا مهارت‌های مورد نیاز را به آنها آموزش بدهد. (این جمله اساساً همان مطلب کارخوف است اما ساده شده).

## نظریه مشاوره

## دلیل تغییر

اگر ما مشکل را به معنای کمبود مهارت (مهارت‌های میان فردی و تخصصی) تعریف کنیم، آنوقت ظاهر آرا حل این خواهد بود که آن مهارت‌ها را کسب نماییم. هدف (کسب مهارت‌ها) به وسیله کمبودها (کمبود مهارت‌ها) تعریف شده است. آنوقت آنچه که باقی می‌ماند عملی ساختن آنچه که کسب شده و فرا گرفته شده، است. کار خوف از درمان‌های سنتی در ساختن دیدگاه خود استفاده می‌کند: «اگر درمان شکست بخورد به این دلیل است که نتوانسته‌ایم به چارچوب مرجع یاری شونده وارد شویم یعنی در این کار شکست خورده‌ایم... و در ارائه مهارت‌ها به یاری شونده نیز شکست خورده‌ایم مهارت‌هایی که یاری شونده در مؤثر نمودن زندگی خود بدانها احتیاج دارد... و در مهیا نمودن یاری شونده برای زندگی روزانه خود نیز شکست خورده‌ایم.» (کار خوف و برنسون ۱۹۷۶، صفحه ۶۱)

اگر درمان شکست خورده باشد و کار خوف نیز متقاعد شده باشد که درمان شکست خورده است، آنوقت ما به یک نظام جدید احتیاج داریم: نظامی که در آن درمان همان آموزش است، نظامی که معتقد است همه یادگیری‌ها با چارچوب مرجع آموزش دهنده شروع می‌شود، نظامی که تأکید آن بر دادن مهارت‌هاست زیرا همه یادگیری‌ها در یک مهارت عینی به اوج خود می‌رسد، نظامی که مهارت‌های محتوایی را یاد می‌دهد زیرا یادگیری قابل انتقال به زندگی واقعی است. کار خوف رشد منابع انسانی خود را به عنوان تکنولوژی انسانی تعریف می‌کند: یک تکنولوژی ساختن در مقابل تکنولوژی ویران کردن نظام سلاح‌ها (یا نظام درمانی شکست خورده). یک چنین نظام انسانی در حیطه سه اصل یادگیری که در بالا شناسایی شده‌اند عمل می‌کند، همراه با:

الف. راهنمایی به سوی اهداف قابل حصول خاصی که توسط فرد شناسایی شده

بودند.

ب. ارزیابی اهداف بر اساس نقاط قوت و ضعف رفتار جاری.

ج. توسعه گام‌های عملی که توسط قضاوت ارزشی صریح و آشکار فرد تعیین

می‌شود.

برای مؤثر بودن، باید يك تکنولوژی کاملاً انسانی وجود داشته باشد: تکنولوژی به تنهایی نمی‌تواند باشد زیرا ما را به سوی فقط منطق تنزل می‌دهد و انسانی نیز به تنهایی نمی‌تواند باشد زیرا بشر دوستی به تنهایی برای نیل به اهدافی که شناسایی شده‌اند، ناتوان است (کارخوف، یادداشت دوم).

### فرایند مشاوره

یادگیری مفید، چه در انسانها یا در يك موجود تك سلولی باید در رفتار قابل مشاهده و قابل اندازه‌گیری تظاهر یابد. بعبارت دیگر آموزش دهنده باید به گونه‌ای نشان بدهد که یادگیری صورت گرفته و مهارتی کسب شده است. یادگیری بشری به ترتیب کاوش، درك و عمل را دنبال می‌کند.

برای نشان دادن تغییر ساختی در رفتار، فرد باید با کاوش دنیای خود شروع نماید: کاوش مردم، وقایع و چیزهایی که دنیای فرد را آن گونه که او می‌بیند، می‌سازد. یعنی کاوش آن دنیا به وسیله چارچوب مرجع فرد (مراجع) است. و همچنین به معنی کاوش دنیا آن گونه که دیگران می‌بینند نیز هست. واقعیت آزمایی: این کار، کاری ایستا، بی‌حاصل و تشخیص بالینی فردی دیگر که فکر می‌کند دنیا باید اینچنین باشد، نیست بلکه برعکس کاری است پویا و تحقیق شخصی (تشخیص) دنیا آن گونه که برای این فرد هست. هدف کاوش درك است: فرد کشف می‌کند که او در کجای این دنیا قرار دارد و می‌تواند نقاط قوت و ضعف شخصی خود را درك، شناسایی و مال خود بداند. نقاط قوتی که رشد او را تسهیل می‌کنند و نقاط وضعی که رشد او را به تأخیر می‌اندازند. تنها دانستن اینکه شما کجا هستید یا کجا می‌خواهید باشید نمی‌تواند شما را از جایی به جای دیگر حرکت دهد. درك و اقرار به نقاط قوت و ضعف فرد را قادر می‌سازد که مسیر و جریان مؤثر عمل را طراحی کند تا نقاط قوت را زیاد و نقاط ضعف را کم نماید.

### اهداف مشاوره

اهداف مشاوره به صورت مختلف می‌تواند تعریف شود (به فصل اول مراجعه کنید) دیدگاه HRD به عنوان يك نظام پویا بیشتر بر فرایند و جریان عمل تأکید دارد، تا به حالت

شدن یا بودن. به هر حال کارخوف در مورد «انسان کامل»<sup>۱</sup> و «خودشکوفات»<sup>۲</sup> به عنوان محصول نهایی این فرایند می نویسد که دیدگاه HRD شامل سه نوع هدف است:

الف. اهداف نهایی: خودشکوفایی.

ب. اهداف میانی: مهارتها.

ج. اهداف فوری: کاوش با درك و عمل.

این اهداف را به ترتیب از ج به الف توضیح می دهیم.

**اهداف فوری** اهداف همه حرفه‌های یاری کننده تغییر رفتار یا ایجاد رفتار جدید است. برای اینکه تغییر در رفتار واقعی باشد نه فقط ظاهری، یاری شونده باید آن رفتار جدید را نشان دهد. اولین هدف یاری رساندن کاوش است. کاوش ابتداء بر یاری شونده و جایی که او در رابطه با دنیای خودش و مردم این دنیا قرار دارد متمرکز است. مراحل بعدی کاوش شامل واقعیت آزمایی و تشخیص در دنیای واقعی است. هدف دوم یاری رساندن مربوط به یاری شونده است اینکه او جایی که هست را نسبت به جایی که می‌خواهد یا نیاز دارد باشد، درك کند. این کار شامل تعریف و عملی ساختن نقاط ضعف رفتاری شخصی و تعریف و عملی ساختن اهدافی که آن نقاط ضعف را از بین می‌برند است. بخشی از فرایند تعریف کردن اهداف شامل رشد ارزشهایی است که آن اهداف را دیکته می‌کنند. در نهایت یاری شونده از میوه‌های کاوش و درك خود استفاده می‌کند تا عمل مناسب و مؤثر را برای زفتن از جایی که هست به جایی که باید باشد انجام دهد. مثلاً به دست آوردن مهارتهایی که او در حال حاضر ندارد. (کارخوف و برنسون ۱۹۷۷)

**اهداف میانی** مهارتها حاصل رسیدن به اهداف مرحله اول یا اهداف فوری است. مهارتهای جسمانی تنها شامل بدنسازی نیست بلکه به عاداتهای غذایی عملی و استراحت کافی نیز بستگی دارد. مهارتهای میان فردی شامل حضور، گوش دادن، پاسخدهی، ابتکار در خدمت بُعد هیجانی است. مهارتهای شناختی مانند تجزیه و تحلیل،

1. whole person

2. actualizer

ترکیب و تعبیر و تفسیر منجر به رشد عقلانی می‌شود.

**اهداف نهایی** انسانها کار کرد توان جسمانی خود را در خصوص طاقت قلبی و عروقی، قدرت پویا و انعطاف‌پذیری در سطوح بالایی شکوفایی سازند. این کار به آنها انرژی جسمانی لازم را برای کار کرد مؤثر در هر زمینه‌ای که تعهد دارند، می‌دهد. انسانها کار کرد توان هیجانی خود را در سطح بالایی از پاسخدهی و ابتکار، شکوفایی سازند. این گونه افراد قادرند به تجربه بشری پاسخ دهند (چه تجربه خودشان و چه مال دیگران) و شیوه عملی را بر اساس درک عمیق از تجربه ایجاد نمایند، انسانها کار کرد توان عقلانی خود را در سطوح بالایی از مهارت‌های شناختی شکوفایی سازند آنها قادرند واقعیت‌ها و مفاهیم زندگی روزانه را به صورت اصولی سازماندهی کرده و سپس آن اصول را به عمل و مهارت در آورند. (کارخوف ۱۹۸۱)

### آموزش مشاور

**فلسفه آموزش** لازم است این مطلب مهم را به یاد داشته باشیم که آموزش مهارت‌های یاری رساندن نمونه دیگری از فرایندهای یادگیری میان فردی است. همانگونه که یاری رساندن به دنبال تغییر یا بهبود یاری شونده حاصل می‌شود، آموزش نیز در جستجوی تغییر سازنده و بهبود و ارتقاء عملکرد یاری شونده است. یاری رساندن به دنبال کمک به یاری شونده است تا او يك انسان کامل شود. آموزش به دنبال این است که یاری شونده را به يك یاری کننده کامل تبدیل نماید. يك انسان خود شکوفا که کار کرد او در فرایند عمل کامل باشد. هدف آموزش این است که فهرست مهارت‌های یاری رساندن به یاری شونده را تهیه نماید تا یاری کننده بتواند یاری شونده را به سوی تغییر ساختی هدایت و رهبری نماید. هدف دوم آموزش مهارت‌های رشد به یاری شونده است تا او در موارد بحرانی و موقعیت‌های جدید خود برنامه‌های یاری رساندن و آموزش جدید را تدارك ببیند. رویکرد پژوهشی-رشدی کارخوف برای یاری دادن مؤثر بسیار روشن و واضح است. اینکه چه چیزی اثر دارد و چه چیزی اثر ندارد و ضمناً این رویکرد به این نکته توجه دارد که یاری دهنده خلاق و مبتکر رانمی‌تواند در يك چارچوب محدود کرد «يك یاری کننده مؤثر به خود اجازه نمی‌دهد که در هیچ نظامی محدود شود. منظورم حتی در مورد نظام خودم نیز

می باشد.» (کارخوف ۱۹۷۸)

تجربه آموزشی کارهای آموزشی و مشاوره‌ای هر دو برای تغییر ساختی و بالا بردن مهارت‌های میان فردی صورت می گیرد. آموزش و مشاوره هر دو از منابع اصلی و یکسان یادگیری در یک رویکرد یکپارچه استفاده می کنند. آموزش و مشاوره هر دو بر اساس تجربه بنا شده اند (که در همه فرایندهای یادگیری او وجود دارد)، آنچه که مهم است تجربه آموزش دهنده از فرایند است. بالاخره آموزش دهنده و مشاور هر دو یک نقش الگو برای آموزش و مشاوره ارائه می دهند. بنابراین برای اینکه آموزش مؤثر صورت گیرد، یادگیرنده باید در مورد تجربه خود آزادی عمل داشته و متعهد به تغییر ساختی باشد. بعلاوه آموزش دهنده باید کامل و یا حداقل در فرایند کامل شدن باشد. زیرا محدودیت‌های آموزش دهنده می تواند محدودیت‌های شدیدتری را در فرایند رشد یادگیرنده ایجاد کند. (کارخوف و برنسون ۱۹۷۷)

محتوای یادگیری محتوای یادگیری همان محتوای یاری کردن است. این بدان معنی است که یادگیرنده جزئیات مربوط به حضور، پاسخدهی، شخصی سازی و ابتکار را می آموزد. در جریان یاری دادن مؤثر و مهارت‌های یاری دادن، آموزش نیز صورت می گیرد: یادگیرنده بعنوان یاری شونده شروع و بر اساس مهارت‌های شرح داده شده رشد و پیشرفت می کند ابتدا یک یاری کننده می شود بعد آموزش دهنده و بالاخره به عنوان آموزش دهنده اصلی (آموزش دهنده به آموزش دهنده‌ها) عمل می کند. بعضی از یادگیرنده‌ها تصمیم می گیرند که در سطح میانی متوقف بمانند و بعضی قادر نیستند مهارت‌های سطوح بالاتر را نشان دهند. بعضی از افراد استثنایی به سطوح بالاتر از آموزش دهنده اصلی یعنی مشاور رشد منابع انسانی و بعضی در بالاترین سطح یعنی مشاور منابع اجتماعی، پیشرفت می کنند. (کارخوف و برنسون ۱۹۷۶)

آموزش HRD هم در کارگاه‌های ۲۵۰-۱۰۰ ساعته و هم در چارچوب برنامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره روان شناسی ارائه می گردد. در روش اول یعنی روش کارگاهی تأکید عمده بر یادگیری مهارت‌های رفتاری است و در روش دوم یعنی آموزش دانشگاهی به دست آوردن مهارت نقش عمده‌ای را ایفا می کند اما در این روش بیشتر



بر منطق نظری تأکید می‌شود تا چارچوب کارگاهی. کامل‌ترین و طولانی‌ترین برنامه HRD توسط دکتر بارنارد برنسون در دانشکده بین‌المللی آمریکایی در اسپرینگ فیلد ماساچوست اداره می‌شود. مؤسسات دیگر آموزش مشاوران را با تأکید بر الگوی HRD انجام می‌دهند. (به عنوان مثال دانشگاه ایالتی جورجیا<sup>۱</sup>، دانشگاه جورجیا و دانشگاه زنان تگزاس<sup>۲</sup>)

### کارکرد مشاور

مشاور برای اینکه مؤثر باشد باید نقشی فراتر از انتقال دهنده اطلاعات و راهنمایی داشته باشد و کاری بیش از دستگیری انجام بدهد. مشاوره مؤثر هم شامل یاری دادن است و هم شامل آموزش دادن. یاری دادن عبارتند از توجه به یاری شونده، وارد شدن به چارچوب مرجع یاری شونده، تسهیل احساس تعلق یاری شونده نسبت به تجربیات خود و کار کردن با یاری شونده برای نیل به اهداف او. آموزش در برگیرنده رشد دانش عملی یاری شونده از دنیای خویش، تشخیص سطح کارکرد یاری شونده در رابطه با دانش او، هدف گذاری پس از تشخیص و بالاخره ارائه مهارت‌های مورد نیاز یاری شونده برای رسیدن به مقاصد و اهداف خویش. یاری دادن و آموزش دادن هر دو حرکت به سوی هدف را تسهیل می‌کنند. (کارخوف و برنسون ۱۹۷۶)

بعبارت دیگر یک یاری کننده مؤثر باید اقدامات زیر را انجام دهد:

۱. به چارچوب مرجع یاری شونده وارد شود. در هر نوع موقعیت یاری رساندن چه ۵ دقیقه باشد و چه ۵ جلسه باید قسمتی از وقت مشاوره برای کمک به یاری شونده جهت تسهیل در کشف دنیای خود اختصاص یابد.
- ۲- ورود به محیط یاری شونده. بدین معنی که باید به صورت فیزیکی به خانه، مدرسه و یا محیط کار یاری شونده وارد شده تا واقعیات مربوط به تجربه یاری شونده را مورد بررسی قرار دهد.

1. Georgia State University

2. Texas Woman's University

۳. ارتباط دادن چارچوب مرجع یاری شونده به اهداف محیطش. اهداف یاری شونده باید

در چارچوب محیط خودش (نه محیط دیگران) مشخص شود.

۴. ارتباط دادن اهداف محیط به کارکرد یاری شونده در محیطش. خانه، مدرسه، کار و

محیط‌های اجتماعی دارای انتظاراتی از زندگی، یادگیری و عملکرد کاری یاری شونده

در آن محیط‌ها دارند.

۵. یاری یا کمک را به شیوه‌ای عملی در جهت نیل به اهداف یاری شونده درآورد. شناسایی

اهداف و یا حتی انتخاب یک شیوه عملی کافی نیست، بلکه باید آن شیوه را اجرا کنیم.

۶. استفاده از مراحل آموزش و تربیت برای اجرای شیوه و عمل. یاری دهنده یا شخصاً و یا

از طریق فردی دیگر یاری شونده را در هر نوع مهارت ویژه‌ای که برای رسیدن به

هدفش نیاز دارد تربیت می‌کند.

۷. مهارت‌های قابل انتقال را آموزش می‌دهد، مهارت‌هایی که باید به طور مستقیم در زندگی

یاری شونده قابل اجرا باشند.

۸. به محیط، آموزش بدهد که چگونه از یاری شونده حمایت کند، این بدان معنی است

که باید به افراد مهم محیط یاری شونده مهارت‌هایی را بیاموزد که برای حمایت از یاری

شونده به آنها نیاز دارند.

۹. پیگیری فعالیت‌های یاری دادن و آموزش دادن. این کار در برگیرنده کمک به یاری شونده

برای امری معاش، تحصیل و یا تقاضا برای کار در دنیای واقعی‌اش می‌باشد.

۱۰. ارزیابی نتایج کوشش‌های یاری دادن و آموزش دادن. دریافت بازخوردها و استفاده از

آنها برای تجدیدنظر در فرایند کار، تنها راهی است که یک نظام را از سکون و ایستایی

مصون می‌دارد.

## تمرین مشاوره

### تکنیک‌های عمده

تکنیک‌ها عموماً از مرحله خاصی از فرایند یاری پیروی می‌کنند و بدان وسیله نیز

عملاً تعریف می‌گردند. چهار مقوله اصلی تکنیک‌ها عبارتند از: حضور، پاسخ‌دهی،

شخصی‌سازی و ابتکار در عین حال که این موارد به عنوان تکنیک تلقی می‌شوند اما شدیداً به صفات شخصی نظیر همدلی، احترام، خلوص و مانند اینها بستگی دارند. به همین جهت نمی‌توان فقط آنها را به صورت یک تکنیک نگاه کرد و یا کوشش نمود که آنها را به صورت تکنیک‌های صرف بدون در نظر گرفتن صفات شخصی به کار برده و مورد استفاده قرار داد.

**حضور** مرحله حضور شامل چهار گام است: نخستین آن آماده کردن یاری شونده برای درگیر شدن در فرایند یاری است. این مرحله خود دارای سه گام فرعی است. در گام اول یاری کننده یاری شونده را آگاه می‌سازد که از طریق دعوت شخصی، او در دسترس خواهد بود (اینکه یاری شونده کیست، چه وقت و کجا ملاقات صورت می‌گیرد و چگونه باید به محل ملاقات برسد؟) گام فرعی دوم در مرحله نخست این است که یاری کننده، یاری شونده را تشویق می‌کند تا از طریق تأکید بر منافع شخصی خاصی که به وسیله یاری شونده به دست می‌آید، مشارکت داشته باشد. (اینکه چه اتفاقی خواهد افتاد و چرا یاری شونده می‌خواهد آن اتفاق بیفتد؟) و بالاخره در گام فرعی سوم یاری کننده می‌تواند اطمینان بدهد که یاری شونده به طور مداوم به جلسات خواهد آمد. این کار از طریق مهیا نمودن صحنه به طریقی که یاری شونده درگیری خود را در کار درك کند انجام می‌شود. به عنوان مثال در يك ترتيب يك به يك، باید دو صندلی مشابه وجود داشته باشد که روبروی یکدیگر در يك فاصله ۳ تا ۴ قدمی قرار می‌گیرد. در يك گروه كوچك صندلی‌ها باید دایره‌وار چیده شوند به ترتیبی که هر کس بتواند به چشمهای دیگری نگاه کند (منظور دور يك میز نیست). و در يك گروه بزرگتر، صندلی‌ها باید مانند يك سالن تئاتر چیده شوند و یاری کننده باید در برابر گروه بایستد.

**حالت و طرز نشستن** دومین مهارت حضور شامل حالت و طرز نشستن است که خود شامل ۵ مهارت فرعی است.

الف. فاصله بهینه در مشاوره يك به يك با فاصله سه تا چهار قدم، هر چند واکنش یاری شونده ممکن است در وضعیت نشستن تغییر ایجاد کند.

ب. در صورت امکان، یاری کننده باید هم سطح یاری شونده بنشیند تا يك نگرش برابر و هم سطح را ایجاد نماید نه يك برتری دور.

ج. بهترین زاویه برای یاری کننده زاویه‌ای است که او در آن به طور کامل دیده می‌شود و شانه به شانه یاری شونده قرار می‌گیرد. این کار توجه را جلب، و پریشانی و حواس پرتی را از بین می‌برد.

د. یاری کننده باید کمی متمایل به یاری شونده بنشیند یا بایستد تا آنکه بتواند علاقه و درگیری خود را منتقل سازد.

هـ. بالاخره یاری کننده باید تماس چشمی مناسب با یاری شونده داشته باشد. مدت این تماس چشمی بستگی به واکنش یاری شونده دارد. این تماس باید تماس چشمی واقعی باشد نه فقط نگاهی به سر یا شانه یاری شونده.

خوب است به یاد داشته باشیم که هدف ما یاری کردن به یاری شونده است. در عین حالی که فاصله، سطح، زاویه، متمایل بودن و تماس چشمی مهم و مفید هستند اما باید بدانیم که اینها وسایلی برای کمک کردن و یاری رساندن می‌باشند و به خودی خود هدف محسوب نمی‌شوند. اگر متمایل شدن به سوی یک یاری شونده مشخصی، روند کمک به او را تسهیل نمی‌نماید؛ آنوقت باید از آن پرهیز بکنیم. اگر تماس چشمی مستقیم برای یک یاری شونده معینی، معنای منفی داشته باشد باید آن را اصلاح کرده و یا از آن چشم‌پوشی نماییم.

**مشاهده** سومین مهارت حضور شامل توانایی یاری کننده برای مشاهده ظاهر و رفتار یاری شونده می‌باشد تا از میزان انرژی، احساس و درجه همخوانی یاری شونده استنباطی به دست بیاورد. تمیز بین مشاهده و استنباط بسیار مهم است: آنچه که مشاهده می‌شود ظاهر یا رفتار است. («او خوب لباس پوشیده و آراسته است») و یا («او اخم کرده و به من نگاه نمی‌کند.») اما استنباط مربوط به میزان انرژی («چشمان تیز او و توجه هوشیارانه او به من می‌گوید که میزان انرژی او بالاست.»)، احساسات («او اخم کرده و به من نگاه نمی‌کند. در حالی که با من مخالف است و شاید هم از دست من عصبانی باشد.») و یا درجه همخوانی («او می‌گوید احساس خوبی دارد اما به نظر می‌رسد که تحت فشار باشد.»)

**گوش دادن** مهارت حضور نهایی شامل گوش دادن است. منظور ما از گوش دادن فقط شنیدن نیست بلکه گوش دادن با دقت و فعال است. لازم است که یاری کننده به محتوا، آهنگ و لحن صدای یاری شونده گوش دهد. یاری کننده مواظب است که در گوش

دادن به محتوا ۵ چ ك<sup>۱</sup> (SWH) را دریابد. بعلاوه یاری کننده باید به لحن و آهنگ صدا گوش دهد یعنی به درجه صدا، زیر و بمی صدا، تندی صدا و هر نوع تغییری که در این شاخصها به وجود می‌آید. حتی این کار نیز کافی نیست! یاری کننده باید مواظب معنای شخصی آنچه که یاری شونده می‌گوید، باشد (او در مورد مادرش صحبت می‌کند اما چرا چیزهایی را که می‌گوید در مورد خودش است؟) یاری کننده هنگام گوش دادن باید قضاوت و داوری خود را و اگر دقیق‌تر بگویم چارچوب مرجع خود را کنار بگذارد. یاری کننده تنها از طریق رها کردن موقت چارچوب مرجع خود می‌تواند آزادانه به دنیای مراجع وارد شده و پاسخ همراه با همدلی مناسبی را ابراز نماید.

بالاخره همه مهارت‌های حضور، در جهت توانا نمودن یاری کننده است، تا احساسات شخصی مناسب و معنایی که در هر بیانی مستتر است را معلوم و مشخص نماید. حضور، یاری شونده را در فرایند كمك، درگیر می‌کند و صحنه را برای مرحله بعد آماده می‌سازد. (کار خوف ۱۹۸۰، کار خوف و آتونی ۱۹۷۹)

پاسخدهی یاری کننده به وسیله حضور، مشاهده کردن و گوش دادن می‌تواند در خلال تعاملات اولیه، درك خود را از چارچوب مرجع منحصر بفرد یاری شونده تعریف و فردی نماید. در این صحنه دوم، کار اصلی یاری کننده این است که به مجموعه منحصر بفرد یا چارچوب مرجع یاری شونده وارد شده و آن را درك نماید تا بدان وسیله یاری شونده موقعیت فوری، معنای فوری این موقعیت، احساسات فوری که به خاطر این موقعیت شدت یافته و دلیل فوری برای این احساسات را کشف نماید. (فوری یعنی حالا، جاری و چیزی نیست که از گذشته برجای مانده باشد.)

در خلال مرحله اولیه کاوش یا اکتشاف در هر جلسه مشاوره هدف یاری شونده بحث درباره اطلاعات مربوط به موقعیت‌های خاص و معین است. (۵ چ ك محتوا). برای تسهیل این کاوش یاری کننده این گونه پاسخ می‌دهد. آنچه که تو می‌گویی این است که...» وقتی یاری شونده در بیان داوطلبانه برخی جزئیات معین مشکل دارد، یاری کننده می‌تواند

۱. چه کسی، چه چیزی، چه وقت، چرا، چگونه و کجا.

برخی از سؤالات خاص (۵چک) را با جواب به هر کدام از آنها ترکیب نماید.

گام بعدی تسهیل کاوش یاری شونده در معنای فوری هر تجربه ای است. چنانچه محتوا همیشه پنهان و ضمنی باشد، معنا همیشه به همراه محتوا و همزمان نخواهد بود. مثلاً «شوهرم در رامحکم به صورت من کوبید.» (محتوا): «او به من احترام نمی گذارد» (معنا). یاری کننده کاوش معنای فوری را به این شکل پاسخ می دهد. «منظورت این است که...» به عنوان مثال: یاری شونده: هر وقت آنها از دست هم ناراحت می شدند سر من داد می کشیدند. یاری کننده: منظورت این است که آنها عصبانیت خود را سر تو خالی می کردند.

در قسمت بعدی کاوش، هدف یاری شونده بیان احساسات فوری و ویژه خود در مورد وضعیت است. یاری کننده می تواند این کاوش را از طریق این نوع پاسخ تسهیل نماید. «تو احساس می کنی...» شما به وسیله پاسخ دادن به احساسات یاری شونده می خواهید به او بگویید که نه تنها او را درک می کنید بلکه نگران او نیز هستید. از آنجا که طبقه بندی و سطوح مختلفی از احساسات وجود دارد، یاری کننده باید برای ساختن فرهنگ لغت احساسات تلاش کند تا پاسخهای او در رابطه با چارچوب مرجع یاری شونده دقیقاً همدلی با او تلقی شود. یاری کننده ممکن است بتواند دقیق ترین کلمه احساسی را به وسیله این پرسش معین نماید. «اگر من جای این فرد با همان گذشته و حال بودم و همانگونه به مسائل توجه و رفتار می کردم و همان کلمات را نیز می گفتم، آنوقت چه احساسی داشتم؟»

وقتی که احساسات یاری شونده مشخص و بدانها پاسخ داده شد، آنوقت گام بعدی یاری کننده این خواهد بود که به دلایل فوری احساسات پاسخ دهد. یاری کننده باید به احساسات یاری شونده پاسخ دهد تا درک و مقبولیت یاری شونده را به خود او منتقل نماید، این کار به خاطر اینکه او یک انسان است صورت نمی گیرد بلکه، به عنوان انسانی منحصر بفرد و بالارش با او رفتار می شود. در صورت لزوم، پاسخدهی به احساسات، به تنهایی کافی نیست. یاری کننده باید به دلایل فوری یاری شونده در مورد احساساتش نیز پاسخ دهد تا یاری شونده واقعیت درونی را با دنیای خارج مربوط به خودش ارتباط دهد. علت دیگر برای پاسخدهی به احساسات و دلایل او این است که یاری کننده در تماس مستقیم با دنیای یاری شونده قرار خواهد گرفت. لذا پیوندی به وجود می آید که پیش نیاز یاری و کمک کردن است.

پاسخ مشخص و معمول در این قسمت این است. «تو احساس می‌کنی... زیرا که او (آنها)...» این مطلب فقط بر اساس حدس و گمان نیست اینکه یاری کننده چه فکر می‌کند، بلکه يك پاسخ درست و توضیح و تفسیر صحبت‌های یاری شونده است. خود کاوی یاری شونده به معنای پاسخ دقیق همراه با همدلی یاری کننده است به موقعیت، احساسات و دلایل فوری یاری شونده. زمانی که این کاوش انجام می‌شود، پیوند بین یاری کننده و یاری شونده برقرار می‌گردد. پیوندی که اساس یاری رساندن مؤثر است. (کارخوف ۱۹۸۰، کارخوف و آتونی ۱۹۷۹)

شخصی‌سازی این مرحله از کمک و یاری رساندن شامل درک یاری شونده است: شناخت و قبول یاری شونده از معانی شخصی، مشکلات شخصی، احساسات شخصی و اهداف شخصی. بعد از اینکه اساس همدلی توسط پاسخهای یاری کننده به کاوش یاری شونده ارائه گردید، یاری کننده رابطه را به سوی قسمت بعد از طریق پاسخدهی به معانی شخصی که در بیانات او تلویحاً وجود داشت هدایت می‌کند. عبارت دیگر، یاری کننده، احساسات یاری شونده را در خصوص دلایل خارجی که در پشت احساسات او نهفته است به وسیله جملاتی معنی و تفسیر می‌کند. این جملات بیانگر معانی شخصی و درونی آن موقعیت برای یاری شونده است، بدین شکل «تو احساس می‌کنی... زیرا که تو...» شخصی‌سازی معانی این اثر را دارد که توجه یاری شونده را به مشارکت او در موقعیت متمرکز و متوجه می‌سازد: جمله «من ناراحت و عصبانیم زیرا که بچه‌ها در عروسی مرتب پیش ما دو نفر می‌آمدند.» به جمله «من ناراحت و عصبانیم زیرا که وقت کافی ندارم تا با همسر من تنها باشم.» تبدیل می‌شود.

وقتی که یاری شونده بفهمد که او در به وجود آوردن مشکل خود مشارکت داشته است، آنوقت گام بعدی این خواهد بود که از او بخواهیم مشکل را «متعلق به خود» بداند و آن مشکل را در رابطه با قابلیت و توان محدود خود و نه نقاط ضعف خود ببیند. در این قسمت یاری کننده ابتدا باید نقاط ضعف را شناسایی نموده و آنوقت به این موضوع به عنوان يك مشکل شخصی پاسخ دهد. یاری کننده از او می‌پرسد که «یاری شونده چه کار می‌کند و یا نمی‌کند که مستقیماً در به وجود آمدن مشکل دخالت داشته است؟» پاسخ در این قسمت

چنین خواهد بود «تو احساس می کنی... زیرا تو نمی توانی...» هدف یاری شونده این خواهد بود که نقاط ضعف رفتاری شخصی خود را که سبب به وجود آمدن مشکل شده اند شناسایی نموده و آن را مال خود بداند: «تو احساس ناکامی می کنی زیرا که نمی توانی وقت خود را بهتر تنظیم کنی.»

در این نقطه، درک زیاد یاری شونده از نقاط ضعف و کمبودهای شخصی خودش ممکن است منتهی به احساسات مختلف با درجات متفاوت شود. یاری کننده به این احساسات جدید به وسیله مرتبط ساختن آنها به نقاط ضعف رفتاری، جنبه شخصی می دهد. و برای این کار از همان شکل و یا به کارگیری کلمات احساسی جدید استفاده می کند.

در گام نهایی مرحله شخصی سازی، یاری کننده هدف شخصی را که دربیانات یاری شونده نهفته است تشخیص می دهد همین نکته اغلب مورد توجه قرار می گیرد: هدف مربوط به یاری شونده است نه مربوط به یاری کننده و این هدف نکته محوری مشکل یاری شونده است. منظور این نیست که یاری کننده «تیری را در تاریکی» رها کند. شکل کار در اینجا به این صورت است «تو احساس می کنی... زیرا تو نمی توانی... و تو می خواهی...». «از دست خودت عصبانی هستی زیرا که به نظر می رسد نمی توانی برنامه ات را تنظیم کنی بنابراین می توانی وقت بیشتری را با همسرت به تنهایی بگذرانی.» اگر یاری شونده حرفهای یاری کننده را در مورد هدفها قبول کند، آنوقت او آماده شده است تا به مرحله بعدی فرایند یاری برود. (کارخوف ۱۹۸۰، کارخوف و آنتونی ۱۹۷۹)

**ابتکار: تصمیم گیری** فرایند یاری با کاوش دنیای یاری شونده شروع می شود زیرا که نقطه شروع همه یادگیری ها از چارچوب مرجع یادگیرنده است. این فرایند با عمیق تر شدن درک ما از نقاط ضعف شخصی و نقاط قوت یگانه یاری شونده ادامه می یابد متأسفانه بسیاری از یاری کنندگان تصور می کنند که بیش منجر به عمل می شود، همینجا صبر کن. به هر حال تجربه و پژوهش هر دو نشان داده اند که بیش و عمل هر دو برای ایجاد تغییرات پایدار ضروری هستند و هیچکدام لزوماً منتهی به دیگری نمی شود؛ اما هر دو باید وجود داشته باشند تا منجر به عمل مؤثر گردند. یکی دیگر از اصول یادگیری این است که همه یادگیری ها می بایست قابل انتقال به زندگی واقعی باشند. و گرنه هیچ تغییر رفتاری



صورت نمی‌گیرد مگر اینکه یاری شونده بر اساس درك به دست آمده عمل نماید.

اولین گام در مرحله ابتکار تعریف هدف یاری شونده بر اساس معنی دار بودن، قابل اندازه‌گیری بودن و واقعی بودن آن است، معنی دار بودن یعنی این که هدف مستقیماً و کاملاً به مشکل اصلی یاری شونده مربوط باشد. قابل اندازه‌گیری به معنی این است که امکان دستیابی به هدف مبهم که دقیق نباشد غیر ممکن است. مگر اینکه تصادفی به دست آید، واقعی بودن یعنی اینکه یاری شونده توانایی و قدرت دستیابی و نیل به هدف را داشته باشد. شکل «۵ چك» راه خوبی است برای تعریف هدف به صورت معنی دار بودن، قابل اندازه‌گیری بودن و واقعی بودن.

دومین گام در ابتکار، کشف راه‌های چاره‌برای رسیدن به هدف است تا مؤثرترین کار و عمل را انتخاب نماید. یاری‌کننده می‌تواند این کاوش را به وسیله حضور مرتب و پاسخ مداوم تسهیل نماید و در وقت و زمان مناسب پیشنهادات عینی و محسوس نماید. در این صورت است که یاری شونده تشویق می‌شود فی البداهه فکر کند و تمام شقوق مختلف عملی را کشف نماید. گام بعد کمک به یاری شونده است تا سلسله مراتب ارزشهای خود را به عنوان وسیله‌ای برای انتخاب شقوق مختلف رشد دهد. این فرایند چهار گام دارد:

الف - کشف ارزشهای موجود.

ب - تعریف ارزشهایی که به یکی از راه‌های مختلف جریان عمل مربوط باشد.

ج - رشد مقیاس مطلوب و مناسب برای هر ارزش و وزن کردن ارزشها (شماره گذاری).

یاری‌کننده می‌تواند کاوش یاری شونده را از ارزشهای موجود به وسیله استفاده مستمر از مهارت‌های حضور و پاسخدهی و همچنین به وسیله به کارگیری فن «۵ چك» تسهیل نماید: چه کسی را در زندگی خود به حساب می‌آوری؟ چه چیزهایی واقعاً برای تو مهم هستند؟ دلت می‌خواهد کجا وقت خود را بگذرانی؟ چه وقت می‌خواهی به هدف خود برسی؟ چرا این کار به نظر خوب می‌رسد؟ چگونه احساسی در مورد این ارزش داری؟ بعد از اینکه ارزشهای یاری شونده شناسایی شدند آنها باید به صورت واژه‌ها و عبارات عینی و محسوس تعریف گردند (معمولاً آن را با زمان و مقدار ارتباط می‌دهند). سؤالی که بدان پاسخ داده می‌شود این است. «این ارزش چه معنایی برای یاری شونده در رابطه با تعداد

کارهایی که در مدت زمان معین انجام شده است دارد؟»

گام بعدی رشد مقیاس مطلوب شخصی است. یعنی يك الكو یا يك طرح منظم برای تعیین اهمیت مربوط به ارزشهای مختلف. به نظر می‌رسد که مقیاس به صورت نمادین شبیه مقیاس زیر باشد:

++	خیلی خوب
+	مطلوب
+ -	قابل قبول
-	نامطلوب
--	خیلی نامطلوب

این مقیاس کلی می‌بایست در رابطه با ارزشهای منحصر به فرد یاری شونده، فردی شوند. مثلاً يك یاری شونده ممکن است تصمیم بگیرد که دو تا از ارزشهای خود را روی هم جمع کند.  
مثلاً:

ارزش	تعریف	مقیاس
دارایی	مقدار بدهی به دلار	<p>+\$۰</p> <p>+\$۵۰-۱۰۰</p> <p>+- \$۱۰۱-۲۰۰</p> <p>-\$۲۰۱-۳۰۰</p> <p>-- \$۳۰۱-۴۰۰</p>
خانواده	مقدار ساعاتی که در هفته با هم می‌گذرانند	<p>++ ۲۰-۳۰</p> <p>+ ۱۵-۱۹</p> <p>+ - ۱۰-۱۴</p> <p>+ ۵-۹</p> <p>-- ۰-۴</p>

زمانی که مقیاس مطلوبیت برای هر ارزش درست می‌شود، یاری شونده باید ارزشها را به ترتیب از کمترین اهمیت به بیشترین اهمیت درجه‌بندی نماید. بعد از درجه‌بندی، وزن هر ارزش (شماره آن) تعیین می‌شود تا اهمیت هر ارزش دقیقاً مشخص شود. ارزشی که کمترین اهمیت را دارد با شماره ۱ مشخص می‌شود و دیگر ارزشها تا شماره ۱۰ شماره‌گذاری می‌شوند. این کار به یاری شونده کمک می‌کند تا دو ارزش را که اهمیت یکسانی دارند (وزن یکسان) مشخص نماید و یا مثلاً ببیند که اهمیت يك ارزش (وزن ۶) دو برابر ارزش دیگر (وزن ۳) است.

گام نهایی در تصمیم‌گیری این است که بر اساس رویکرد منظمی که در بالا توضیح داده شد، تصمیم‌گیری شود. این يك فرایند ساده و مکانیکی (مادی) است. اولین قدم درست کردن ماتریس است که این کار در برگیرنده مسیر انتخابی عمل و ارزشهای شماره‌گذاری شده می‌باشد. مثلاً:

### شقوq مختلف عمل

ارزشها	وزن	حفظ شغل	تغییر شغل	ادامه تحصیل
خانواده	(۱۰)			
دوستی	(۷)			
مالی	(۱)			

یاری شونده هر يك از شقوq مختلف عمل را در رابطه با مقیاس مطلوبیت و وزن هر يك از ارزشها ملاحظه می‌کند مثلاً: حفظ شغل باعث نمی‌شود که وقت بیشتری با خانواده صرف شود بلکه یاری شونده همان دوازده ساعت در هفته را که در حال حاضر با خانواده‌اش می‌گذراند، صرف خانواده می‌کند. یاری شونده در این مورد اظهار داشت که این کار از نظر او مطلوب (+) است. وقتی که شماره مطلوبیت وزن اولین ارزش بعلاوه (+) می‌شود، نتیجه (+۱۰) برای اولین خانه ماتریس در نظر گرفته می‌شود. حفظ شغل همان

اثر را بر روی ارزش دوم خواهد داشت، اما از آنجا که شماره آن متفاوت است نتیجه نیز متفاوت خواهد بود (+۴). این نمره در دومین خانه نوشته می شود. حفظ شغل، بُعد مادی کار را تغییر نمی دهد. بنابراین نتیجه خالص  $(+۱) + (-۱)$  صفر می شود، وقتی این کار را در مورد همه خانه های جدول انجام دهیم ماتریس به صورت زیر در می آید:

خانواده	ادامه تحصیل	تغییر شغل	رفتن به مدرسه
(۱۰)	+ ۱۰	- ۱۰	++ ۲۰
(۴)	+ ۴	-- ۸	++ ۸
(۱)	-+ ۰	++ ۲	-- ۲

قدم بعدی این است هر ستون را جمع بزنیم

$$+۱۴ \quad -۱۶ \quad +۲۶$$

بهترین شیوه عمل، شیوه ای است که بالاترین عدد مثبت به دست آید. در این مثال یاری شونده علی رغم ضررهای مالی تصمیم می گیرد که به مدرسه برود زیرا بر ارزشهای دیگر او تفوق دارد.

ابتکار: طراحی برنامه تصمیم گرفتن برای انتخاب شیوه عمل يك چیز است و انجام دادن و عملی کردن آن تصمیم چیز دیگری است. اولین مرحله تنظیم برنامه شامل تشخیص و تعریف عملی از گامهای نخستین برنامه است:

الف- آخرین گام- که مستقیماً به هدف منتهی می شود.

ب- اولین گام برنامه.

ج- گامهای میانی برای زدن بر روی خلأی که بین گام نخست و گام نهایی به وجود آمده است. وظیفه درمانگر این است که مطمئن شود هر گام به صورت رفتاری تعریف شده باشد، اینکه یاری شونده قادر است (قادر خواهد بود) که هر گام را استادانه بردارد، گام نهایی مستقیماً به هدف خواهد رسید و تعداد کافی گامها تعیین شده باشد. بنابراین یاری شونده «بیش از مقداری را که می تواند بجود، گاز نزند.»

سپس یاری شونده باید گام‌هایی برای چك كردن بردارد تا مطمئن شود كه او به سوی هدف در حرکت است. به اینها گام‌های تفكر می‌گویند كه عكس گام‌های عملی كه منجر به اجرای برنامه می‌شود، است. گام‌هایی به نام «گام‌های قبل از تفكر»، «گام‌های در خلال تفكر» و «گام‌های بعد از تفكر» وجود دارند. گام‌های قبل از تفكر یاری شونده را برای گام‌های عملی آماده می‌كند. آیا من آنچه را كه برای این كار نیاز دارم، دارم؟ آیا من وقت را برای انجام آن كار تنظیم كرده‌ام؟ گام‌های در خلال تفكر یاری شونده را قادر می‌سازد تا پیشرفت خود را هنگامی كه واقعاً در گیر مرحله عمل است بازبینی و نظارت كند: آیا من آماده برداشتن گام بعدی هستم؟ اینها سؤالات مقدماتی بیهوده و بی اساس نیستند بلكه سؤالات مهم و واجبی هستند كه طراحی شده‌اند تا از میزان موفقیت دستیابی به اهداف مطمئن شوند. یاری كننده باید در این مرحله از برنامه تشویق را به همراه حمایت ارائه دهد، توجه به جزئیات موفقیت، كار بزرگی برای انجام آن است. (كارخوف ۱۹۸۰، كارخوف و آنتونی ۱۹۷۹)

### **ارتباط برقرار كردن فوری و مواجهه**

دو تا از تكنيك‌های نهایی كه می‌تواند در مراحل مختلف فرایند كمك‌رسانی، مناسب باشد عبارتند از ارتباط برقرار كردن فوری و مواجهه. ارتباط برقرار كردن فوری به پاسخ یاری كننده به ارتباط فوری بین او و یاری شونده مربوط می‌شود. یاری كننده می‌تواند موقعیت را با این سؤالات ارزیابی نماید «آنچه كه یاری شونده دربارهٔ مشكل خود می‌گوید با آنچه كه در حال حاضر بین مادر جریان است چگونه ارتباط پیدا می‌كند؟» یا این سؤال «آیا یاری شونده نقش خود را در مشكل بروز می‌دهد؟» و یا «آیا یاری شونده (یاری كننده) همان طوری كه برای دیگران شرح می‌دهند، خود فكر می‌كنند؟» زمانی كه یاری كننده احساسات فوری یاری شونده را در این موقعیت تشخیص داد، فوراً می‌تواند با گفتن چیزی شبیه به «حالا، با من، تو احساس می‌كنی كه... زیرا تو نمی‌توانی...» پاسخ دهد. به عنوان مثال یاری كننده می‌تواند به یاری شونده‌ای كه عدم اعتماد به دیگران را به طور وسیعی ابراز می‌كند و نسبت به یاری كننده احتیاط زیادی نشان می‌دهد، بگوید «درست الان تو احساس بدی داری زیرا نمی‌توانی به من اعتماد كنی و این در حالی است كه به نظر می‌رسد من می‌توانم تو را درك كنم.» پاسخ فوری به یاری كننده كمك می‌كند تا رابطه خود با یاری شونده

را شخصی سازد و برای یاری شونده زمینه‌ای فراهم می‌کند تا نقش کسی را که می‌تواند ارتباط کامل و صحیحی با او برقرار نماید را ایفا کند. پاسخ فوری می‌تواند به وسیله یاری‌کننده ماهر تقریباً در هر زمانی به کار برود، بدون اینکه رابطه‌اش با یاری شونده را تهدید نماید. (کارخوف و آنتونی ۱۹۷۹)

مواجهه‌ها موضوع دیگری هستند. مواجهه برای کمک و یاری کردن نه لازم است و نه کافی و باید در صورت لزوم با احتیاط استفاده شود و هرگز نباید قبل از آنکه یک همدلی قوی ایجاد شود آن را به کار برد. مواجهه‌ها می‌توانند به صورت‌های مختلف استفاده شوند اما آنها به طور کلی به دو مقوله عمده تقسیم می‌شوند: مواجهه خفیف و مواجهه قوی یا مستقیم. در مواجهه، یاری‌کننده کوشش می‌کند تا درک شخصی یاری شونده را افزایش دهد، اینکار از طریق اشاره به ناهمخوانی موجود در ارتباط یاری شونده صورت می‌گیرد. مواجهه خفیف می‌تواند به شکل زیر باشد. «از یکطرف تو... می‌گویی / می‌کنی در حالی که از طرف دیگر تو... می‌گویی / می‌کنی.» مواجهه خفیف محدود به چارچوب مرجع یاری شونده می‌شود. یک مواجهه قوی یا مستقیم بر اطلاعات خارجی و قابل مشاهده تأکید دارد. شکل معمول آن به صورت زیر است «تو... می‌گویی / می‌کنی / احساس می‌کنی، اما به نظر من این طور می‌رسد که تو... می‌گویی / می‌کنی / احساس می‌کنی.» مواجهه یک تفسیر نیست («تو می‌گویی که مطمئن هستی، اما این طور نیست») بلکه نشان دادن ناهمخوانی در ارتباط یاری شونده است (کلامی یا غیر کلامی). با توجه به شدت تهدید بالقوه نسبت به یاری شونده بهتر است دو علامت تهدید کننده مهم در اینجا مورد توجه و ملاحظه قرار گیرد:

الف- اگر چاره دیگری دارید هرگز از مواجهه استفاده نکنید.

ب- اگر می‌توانید مواجهه خفیف را استفاده کنید هرگز از مواجهه مستقیم استفاده نکنید. (برنسون و میشل ۱۹۷۴، کارخوف و آنتونی ۱۹۷۹)

### خلاصه

دیدگاه HRD یک رویکرد منظم یادگیری-حل مشکل در مشاوره تلقی می‌شود. تکنیک‌های مورد استفاده برای رسیدن به این اهداف بر سه اصل یادگیری زیر استوار است: الف- تمام یادگیری‌ها با چارچوب مرجع یادگیرنده آغاز می‌شوند. یاری دهنده

HRD کار خود را با درگیر نمودن یاری شونده در فرایند کمک (مهارت‌های حضور) آغاز می‌کند و سپس کاوش خود را (مهارت‌های پاسخ‌دهی) تسهیل می‌سازد.

ب- تمام یادگیری‌ها باید اوج خود را در مهارت‌های عینی متجلی سازد. هدف کاوش عبارتند از افزایش درک نقاط قوت و ضعف رفتاری و شخصی یاری شونده به صورتی که او بتواند مهارت لازم را برای حل مشکل و نیل به هدف به دست آورد. یاری کننده این فرایند را به وسیله مهارت‌های شخصی خود تسهیل می‌سازد.

ج- تمام یادگیری‌ها باید قابل انتقال به زندگی واقعی باشد. در مرحله پایانی کمک، درک باید منتهی به عمل شود. در غیر این صورت هدف گرچه شناخته شده است اما قابل دستیابی نیست. یاری کننده نیل به هدف را به وسیله تصمیم‌گیری خود و مهارت‌های ایجاد برنامه تسهیل می‌سازد.

### پارامترهای درمان

مربیان HRD در گروه‌هایی با اندازه‌های مختلف کار می‌کنند اما معمولاً یک مربی با پانزده تا بیست نفر کار آموز کار می‌کند، ایده آل این است که گروه دوبار در هفته و هر بار به مدت هفتاد و پنج تا نود دقیقه جلساتی داشته باشند و بسته به نوع هدف گروه، کارآموزی ممکن است بین پانزده تا دویست و پنجاه ساعت طول بکشد. اگر گروه کوچک باشد ترتیب نشستن به صورت دایره است و مربی نیز بین آنها قرار می‌گیرد و اگر گروه بزرگ باشد، شیوه نشستن مثل سینما یا تئاتر خواهد بود و مربی در رأس این مثلث در جلو گروه قرار می‌گیرد. اندازه اتاق ملاقات بستگی به اندازه گروه دارد.

در مشاوره یک به یک، یاری کننده، هفته‌ای یک بار به مدت پنجاه تا شصت دقیقه یاری شونده را ملاقات می‌کند. جلسات تازمانی که یاری شونده نیاز دارد ادامه پیدا می‌کند اما بندرت بیش از ده تا پانزده جلسه طول می‌کشد. دفتر یاری کننده باید تمیز و جذاب بوده و متشکل از عناصری باشد که چارچوب مرجع یاری کننده و یاری شونده را منعکس کند. به طوری که باعث شود یاری شونده احساس راحتی کند. (کارخوف و پیرس ۱۹۷۷)

### مورد پژوهی

مورد پژوهی زیر از کارخوف و برنسون (۱۹۷۷، صفحات ۱۵۹-۱۵۵)

فرایند یادگیری با کاوش، درك و عمل شروع شده و خاتمه می‌یابد. سودمندی هر کاری بستگی دارد به اینکه آیا آن کار به هدف می‌رسد و یا پیشرفت به سوی هدف را تسهیل می‌کند. درك کامل به درجه‌ای بستگی دارد که اهداف می‌تواند عملی شود به ترتیبی که بتواند نیازها و تجربیات شخصی را منعکس سازد. تعریف تفصیلی که هدف و کارهایی که برای رسیدن به هدف باید انجام شود بستگی دارد به درك کامل این مطلب که یاری شونده از کجا آغاز می‌کند.

یاری شونده: فکر نمی‌کنم بتوانم دخترم را اداره کنم. او فقط هشت سال دارد ولی حاکم بر خانه است.

یاری کننده: تو احساس نگرانی می‌کنی چون کارها دارد از کنترل تو خارج می‌شود. یاری شونده: همین حالا خارج از کنترل من هستند و نمی‌دانم چه بکنم. یاری کننده: وقتی که فکر می‌کنی کنترل خودت و بچه‌ات را نداری آنوقت احساس ناامیدی می‌کنی.

یاری شونده: می‌دانم همه چیز از من است. هیچ چیزی درست نیست. نه خانه و نه بچه‌ها احساس حماقت می‌کنم.

یاری کننده: تو می‌ترسی چون چیزهایی را که قبلاً می‌توانستی کنترل کنی، الان نمی‌توانی اداره کنی.

یاری شونده: به نظر می‌رسد که من قبلاً باهوش بودم اما الان احمق هستم. حتی بچه‌ها هم از من باهوش‌ترند.

یاری کننده: تو برای خودت و بچه‌ها متأسفی چون نمی‌توانی کاری را که وظیفه یک مادر است، انجام دهی.

یاری کننده در حال ارتباط برقرار کردن است اینکه به یاری شونده گوش می‌دهد و او را به صورتی که خود را بیان کرده است، درك می‌کند. یاری شونده درگیری احساساتش را در ابتدا بیان می‌کند مانند عدم کنترل خود، خانه و بچه‌هایش و همچنین احساسات مربوط به ناتوانی در انجام وظایف مادری را نیز کاوش می‌کند. مقدمه‌ای که در آخرین پاسخ یاری کننده به عنوان یک ابتکار ملایم به کار رفت، مشکل یاری شونده را شخصی کرد.



یاری شونده: همین طور است من مثل يك مادر فكر يا احساس نمی كنم زیرا كه دخترم مرا اداره می كند.

یاری كننده: تو احساس در ماندگی می كنی زیرا نمی توانی به خودت و یا دخترت كمك كنی.  
 یاری شونده: من باید بتوانم. هر كاری را امتحان كرده‌ام. بچه‌ها را در آغوش گرفتم؛ آنها را كنك زدم و گاه همه چیز را كرده‌ام و آنها هم می دانند. كارها بدتر می شود.  
 یاری كننده: فشار زیادی را احساس می كنی زیرا كه نمی توانی راهی را برای بازگشت به روزهای خوب پیدا كنی.

یاری شونده: مطمئن نیستم راه دیگری باقی مانده باشد. شاید هیچ پاسخی وجود نداشته باشد. اما باید پاسخی وجود داشته باشد.

یاری كننده: تو ترسیده‌ای زیرا نمی توانی مادری باشی، كه دلت می خواهد باشی.  
 یاری شونده: من می خواهم، من واقعاً می خواهم يك مادر خوب باشم. به خود من بستگی دارد اما چگونه؟

یاری كننده ابتكار شخصی كردن مسأله را از طریق تأکید بر یاری شونده و نقش او به عنوان يك مادر انجام می دهد. بعلاوه یاری كننده به «بخش سخت» مشکل نگاه می كند و قدمهایی را برای تعریف هدف مرتبط شخصی یاری شونده بر می دارد؛ یعنی هدف مادری خوب بودن است. یاری شونده بتدریج هدف را می پذیرد و راهنمایی بیشتری را طلب می كند.  
 یاری كننده: تو از دست خودت عصبانی هستی زیرا نمی توانی مادری كه می خواهی باشی. اما در عین حال نیز می خواهی يك مادر مؤثر باشی.

یاری شونده: او به! این مهم ترین چیز در زندگی من بوده است. به همین دلیل هم اینقدر سخت در خانه یا مدرسه كار می كنم. سعی می كنم كارهایی را یاد بگیرم كه مرا در خانه كمك می كند. باید خیلی زود از جایی شروع كنم. شاید از خودم باید شروع كنم.

یاری كننده: تو بی صبری نشان می دهی، چون زمان دارد می گذرد. هدف تو این است كه دوباره مادر خوبی برای بچه‌هایت بشوی. شاید اولین قدمها این باشد كه خودت را دریایی. اولین هدف باید این باشد كه انرژی خودت را زیاد كنی و اولین قدم برای این كار این است كه ببینی چقدر استراحت می كنی و بعد باید برای استراحت و آنچه كه

بر انرژي تو تأثیر دارند، برنامه‌ریزی کنی.

یاری کننده نه فقط نخستین هدف را که به مشکل یاری شونده ارتباط دارد تعریف می‌کند بلکه بر برداشتن قدمهایی برای رسیدن به هدف تأکید می‌نماید.

### کاربرد

از آنجا که دیدگاه HRD بر مهارت‌های اساسی میان فردی به شکل آموزشی تأکید دارد لذا عملاً کاربردی نامحدود دارد. البته این دیدگاه به وسیله مهارت‌های ارتباطی یاری کننده و همچنین توانایی یاری شونده برای دریافت و درک این ارتباطات محدود می‌شود. این روش برای کسانی که علاقه‌مند به یادگیری و قادر به آن کار هستند بیشترین اثر را دارد. مهارت‌هایی که در دیدگاه HRD وجود دارد می‌تواند منافع بسیار زیادی را برای همه افراد ذیربط داشته باشد و توسط مشاوران، معلمان، والدین، کتابداران و فروشندگان به کار رود. به‌طور خلاصه هر کس که با انسان دیگری ارتباط متقابل دارد می‌تواند از آن استفاده کند. کاربرد آن به زمینه‌های درمانی محدود نمی‌شود بلکه يك ابزار مؤثر است.

### نقد

#### پشتوانه پژوهشی

مهارت‌های حضور<sup>۱</sup> و موگان<sup>۲</sup> در سال ۱۹۷۷ دربارهٔ حالت و ژست مشاور بر اساس ارزیابی‌های یاری شونده از حضور مشاور تحقیق کرده‌اند. در هر موردی که مشاور متمایل به جلوشسته باشد، از طرف یاری شونده به عنوان توجه بیشتری یاری کننده تلقی شده است. پژوهش دیگر دربارهٔ ارتباط کلامی و غیر کلامی این نظریه را که بین حالت نشستن، مشاهده کردن و گوش دادن ارتباط وجود دارد تأکید کرده است. (بیکر<sup>۳</sup> ۱۹۷۱، محرابیان<sup>۴</sup> ۱۹۷۲)

مهارت‌های پاسخدهی پژوهشهای اولیه ارتباط میان مهارت‌های شخصی یاری کننده

1. Gender
2. Movghan
3. Baker
4. Mehrabian

و کاوش خودیاری شونده را شناسایی کرده‌اند. (کارخوف ۱۹۶۹، راجرز ۱۹۶۷، تروآکس و کارخوف ۱۹۶۷) علاوه بر سری آزمایشات این نتیجه را تقویت نمودند. سطح کاوش خود (خودکاوی) یاری شونده می‌تواند تحت تأثیر سطح پاسخدهی متفاوت یاری کننده افزایش یا کاهش یابد. (کنون<sup>۱</sup> و ویرس ۱۹۶۸، هولدر<sup>۲</sup> و کارخوف و ویلسون<sup>۳</sup> ۱۹۷۸). نتایج این آزمایشات نشان داد زمانی که یاری کنندگان پاسخدهی بیشتری داشته‌اند، کاوش‌های یاری شونده حالت شخصی بیشتری داشته است، و هرگاه همان یاری کننده پاسخدهی کمتری داشت، کاوش‌های یاری شونده‌گان آنها نیز حالت شخصی کمتری داشت.

**شخصی سازی** در آزمایشات دیگر به مراجع آموزش دیده دستور داده شد که خود را در قسمت اول مصاحبه به طور عمیقی کاوش کند و در قسمت میانی جزئیات مصاحبه در مورد جزئیات نامربوط و غیر شخصی صحبت کند و در قسمت آخر به حالت واقعی و اصلی خود بر گردد. مشاوران اواز این دستورات بی‌خبر بودند. تحلیل نتایج نشان داد که در بخش میانی مصاحبه زمانی که مراجع شروع به جدا کردن خود از فضای درمان می‌کند، درمانگران فعالیت ابتکارات بیشتری را ارائه می‌دهند بدین معنی که سعی می‌کنند مطلب را تفسیر بیشتری کنند، فوری تر عمل کنند و بیشتر مواجهه داشته باشند و به درکشان از مسائل فوری یاری شونده جنبه شخصی بیشتری بدهند. (آلکسیک<sup>۴</sup> و کارخوف ۱۹۶۷).

**ابتکار** اسمیت<sup>۵</sup> (۱۹۷۶) گروهی از مشاوران را برای تعریف اهداف قابل مشاهده یاری شونده‌گان تربیت نمود و سپس نتایج مشاوره آنها را با گروه دیگری از مشاوران که آن آموزش‌ها را ندیده بودند مقایسه کرد. در پایان هفته هشتم، مشاوره یاری شونده‌گانی که یاری کنندگان آنها برای تعریف اهداف آموزش دیده بودند، دست آوردهای بسیار بیشتری در شاخصهای مختلف به دست آوردند. ویلر<sup>۶</sup> و میلر<sup>۷</sup> (۱۹۷۸) دریافتند که رضایت مراجع

1. Cannon
2. Holder
3. Wilson
4. Alexik
5. Smith
6. Willer
7. Miller

و همچنین پیش بینی بازگشت او به حالت منفی قبلی هر دو به دستیابی به هدف ارتباط دارند. دیگر مطالعات آزمایشی نشان داده است که نتیجه کار به طور مؤثری از باز خورد نسبت به دستیابی به هدف (والک<sup>۱</sup> ۱۹۷۲) و آموزش فن هدفگذاری (لاتمن<sup>۲</sup> و رین<sup>۳</sup> ۱۹۷۴) متأثر است. برنامه های هدفگذاری نشان داده اند که می توانند اثر مثبتی بر دنیای کار و تصمیم گیری اداری (آلدن<sup>۴</sup> ۱۹۷۸) و همچنین آموزش ابراز وجود (فلاورز<sup>۵</sup> ۱۹۷۸، فلاورز و گولدمن<sup>۶</sup> ۱۹۷۶) داشته باشند.

در سال ۱۹۷۱ کار خوف پیشنهاد کرد که آموزش مراجعان مستقیماً با مهارتهایی که آنها در اجتماع بدان نیاز دارند، یک روش درمانی مؤثر است. پنج سال بعد تکنولوژی اجرای این نظر را تدوین کرد. (کار خوف و برنسون ۱۹۷۶): دیگران نیز کار وی را دنبال کردند (اویتر<sup>۷</sup>، گوستافسون<sup>۸</sup>، گورنی<sup>۹</sup> و کاسدورف<sup>۱۰</sup> ۱۹۷۵، ایوی<sup>۱۱</sup> ۱۹۷۶، اسپرینتال<sup>۱۲</sup> و موشر<sup>۱۳</sup> ۱۹۷۱)، بسیاری از برنامه های آموزش مهارت به سوی مهارتهای میان فردی سوق داده شده است: مانند بیماران بستری شده روانی (پیرس و دراسگو<sup>۱۴</sup> ۱۹۶۹، ویتالو<sup>۱۵</sup> ۱۹۷۱)، والدین (کار خوف و بیرمن<sup>۱۶</sup> ۱۹۷۰، رید<sup>۱۷</sup>، رابرت<sup>۱۸</sup> و فورهند<sup>۱۹</sup> ۱۹۷۷)، گروه های مختلف نژادی (کار خوف و بنکس<sup>۲۰</sup> ۱۹۷۰)، مشاوره زناشویی (وال<sup>۲۱</sup> و مرینلی<sup>۲۲</sup> ۱۹۷۵)، مشاوره دانشجویان (کابوش<sup>۲۳</sup> و ادوارد<sup>۲۴</sup> ۱۹۷۶) جوانان بزهکار (کولینگ وود<sup>۲۵</sup>، دود<sup>۲۶</sup>، ویلیام<sup>۲۷</sup> و ویلسون<sup>۲۸</sup> ۱۹۷۸)، گروه های اقلیت که ترك تحصیل

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| 1. Walke       | 15. Vitalo      |
| 2. Lathman     | 16. Bierman     |
| 3. Rinne       | 17. Reed        |
| 4. Alden       | 18. Roberts     |
| 5. Flowere     | 19. Forehand    |
| 6. Goldman     | 20. Banks       |
| 7. Authier     | 21. Valle       |
| 8. Gustafson   | 22. Marinelli   |
| 9. Guernsey    | 23. Cabush      |
| 10. Kasdorf    | 24. Edward      |
| 11. Ivey       | 25. Collingwood |
| 12. Sprinthall | 26. Douds       |
| 13. Mosher     | 27. Williams    |
| 14. Drasgow    | 28. Wilson      |

کرده‌اند (برنسون، برنسون، کارخوف، گریفیث<sup>۱</sup> و رانسن<sup>۲</sup> ۱۹۷۸)، و روابط بین نژادی (شیلینگ ۱۹۷۰).

### ارزیابی

لامبرت<sup>۳</sup> و جولیو<sup>۴</sup> در سال ۱۹۷۷ ادعا کردند که پژوهش کارخوف از نظر متدولوژی ضعیف است. برخی از انتقادات آنان عبارتند از:

الف. او نتوانسته است ماهیت درمان آموزش را مشخص کند زیرا به نظر می‌رسد که این ماهیت در هر مورد متفاوت باشد.

ب. گروه‌های گواه در موارد مختلف با هم برابر نبودند و یا اصلاً وجود نداشتند.

ج. تعامل درمانی آزمون بیش از حد بود.

د. دستاوردهای کم (گرچه که در بعضی موارد نتایج آماری معنادار بود).

آثار اخیر کارخوف (کارخوف ۱۹۸۰، کارخوف و آنتونی ۱۹۷۹، کارخوف و برنسون ۱۹۷۶-۱۹۷۷) به انتقاد اول پاسخ کافی داده است و انتقاد آخر یعنی دستاوردهای کم، که البته ارزیابی واقعاً منصفانه‌ای نیست؛ مطالعات بسیار زیادی وجود دارد که یافته‌های کمی داشته است اما موارد بسیار بیشتری نیز وجود دارد که یافته‌های آن بسیار زیاد بوده است. (که این موارد را لامبرت و جولیو توجه نکرده‌اند) (فریل ۱۹۷۲، مگاتلین و پورتر ۱۹۶۹، شیلینگ ۱۹۷۰، ۱۹۷۶).

از انتقادات دیگر تا جایی که مربوط به مطالعات لامبرت و جولیو می‌شود بسادگی نمی‌توان گذشت. باید منتظر یک مطالعه دیگر درباره ماهیت و مفاد کار لامبرت و جولیو بود و امیدوار بود که پژوهش اخیر کارخوف و همکارانش همان مشکلات روش شناختی را نداشته باشد. در عین حال ادبیات فزاینده‌ای که درباره دیدگاه HRD در حال حاضر به وجود آمده است و مطالب زیادی که از خلال نوشته‌های HRD به دست می‌آید، مخصوصاً کمیت

1. Griffith

2. Ransen

3. Lambert

4. Dejulio

و کیفیت شهادتنامه‌هایی که از استفاده‌کنندگانی (یاری‌دهندگان و یاری‌شوندگان) که از این روش راضی بودند به دست آمده است همگی نشان می‌دهد که صرف‌نظر از مسائل روش شناختی، دیدگاه HRD مطالب خوب قابل ارائه‌ای دارد.

ارزیابی خود من از الگوی HRD این است که علی‌رغم مشکلات روش شناختی، زبان مشکل و رویکرد به ظاهر مغرورانه، این دیدگاه یکی از امیدوارکننده‌ترین دیدگاهها است که در این کتاب وجود دارد. به نظر من دیدگاه HRD بیشتر از هر دیدگاه دیگری احتمالاً به استثنای واقعیت درمانی با مردم واقعی و در یک دنیای واقعی سروکار دارد از این نظر که تلاش می‌کند همه واقعیات را در مورد یک موقعیت (مراجع و مشکلش) کشف نماید، بدون آنکه آنها را از فیلتر پیش‌داوری بگذراند. این دیدگاه از این نظر که در جستجوی چیزی است که در این موقعیت کار کند و نه در جستجوی اکسیری که به دردهمه موقعیت‌ها بخورد، یک دیدگاه واقعاً عملی است. این دیدگاه حقیقتاً مجموعه‌ای است از عناصر گلچین شده، زیرا در چارچوب اصول یادگیری جنبه‌هایی از دیدگاههای دیگر را که بیشترین اثر را دارند گرفته و آنها را در زمان و جایی که قابلیت استفاده بیشتر دارند به کار می‌گیرند. این روش یک روش حقیقتاً همگانی است زیرا استفاده از آن به شخصیت بنیانگذار آن وابسته نیست و یک ساختار تکنولوژیک است یعنی هر وقت از آن درست استفاده شود مؤثر خواهد بود.



## سخن پایانی

### دیدگاه من در مورد دیدگاهها

اکنون در پایان کتاب همه چیز در پیش روی شماست اما آن چیزها کدام است؟ نه دیدگاه یا نظریه و یا عقاید مخلوط از افکار از هم گسیخته، احتمالاً از پیرمردانی بدخلق! و یا... بسیاری از نویسندگانی که اینچنین متونی را تألیف می کنند، (بورس<sup>۱</sup> و استفلر<sup>۲</sup> ۱۹۷۹، هنسن<sup>۳</sup> ۱۹۸۲، پاترسون<sup>۴</sup> ۱۹۸۰) عموماً قبول دارند که این مطالب مجموعه ای از نظریه های رسمی را ارائه نمی کند و البته نمی توان آنها را عقایدی از هم گسیخته دانست و همین طور نمی توان همه طرفداران و توضیح دهندگان آن را پیرمردانی بدخلق فرض کرد. به عقیده من «دیدگاههای مشاوره» بر دیدگاههایی از ماهیت انسان استوار است و به شیوه ای عادلانه مجموعه آنها را توضیح داده و تشریح می کند. اما بالاخره با این بیانات شما چه

---

1. Burks  
2. Steffle  
3. Hansen  
4. Patterson



چیزی پیش رو دارید؟ چیزی که من می‌خواهم در این مورد بگویم این است که هیچیک از آن موارد را نمی‌توان به عنوان يك «کتاب مقدس» یا «انجیل» تلقی نمود. لفظ نظریه، کمی آدم را می‌ترساند. اگر هر يك از این دیدگاهها به واقع يك نظریه می‌بودند آنوقت من خود را مجبور می‌دیدم که پاشنه کفش خود را کشیده و با آن نظریه پیش بروم. حتی اگر در بین آنها بیش از يك نظریه واقعی پیدا می‌شد، من دچار مشکل زیادی می‌شدم. لذا از آنجایی که آنها فقط دیدگاهی بیش نیستند، پس من می‌توانم به آنها به عنوان دیدگاهی ناظر بر ماهیت و رفتار انسان نگاه کنم و به خودم تکیه کرده و افکار خود را تدوین نمایم.

من با دیدگاه فروید احساس راحتی نمی‌کنم. بخشی از آن به این خاطر است که من عموماً از الگوی پزشکی خوشم نمی‌آید «بیمار» (کسی که رنج می‌کشد) عنوانی نیست که من دوست داشته باشم که به من اطلاق کنند. من حتی زمانی که منتظر ملاقات پزشک هستم نیز کمتر خود را بیمار می‌دانم. من از هیبت نبوغ فروید می‌ترسم. حتی آنهایی که کاملاً با او موافق نیستند، در مورد احترام به او به خاطر استعداد خلاقش در ایجاد پل ارتباطی بین جنبه‌های فیزیکی و روانی ماهیت و رفتار انسان با من هم عقیده هستند و معتقدند که جهش او بی‌شبهت به آزمایش کریستف کلمب در مورد مسطح بودن زمین نیست. در حالی که دیدگاه فروید ممکن است ارتباط بسیار کمی با مشاوره امروزی داشته باشد، اما همه ما خوب به خاطر داریم که اگر فروید و دیدگاه تخیلی او نبود، هیچیک از ما نمی‌توانست مشاور باشد.

کارل راجرز نیز يك نابغه است (نوشتن در مورد يك نابغه گرچه کمی مشکل است اما راضی‌کننده‌تر می‌باشد)<sup>۱</sup> راجرز زمانی قدم به میدان گذاشت که مشاوران می‌خواستند به درمانگری پردازند همان طور که پرستاران می‌خواستند کار پزشکی انجام دهند. پیش از جنگ دوم جهانی و کمی بعد از آن مشاوران اجازه نداشتند «درمان» کنند و مشاوره تنها محدود به توصیه‌های تحصیلی و شغلی بود. روانکاوی تنها موضوع مطرح شده بود و مشاوره و مشاوران، محلی از اعراب نداشتند زیرا کسی چیزی درباره آنها شنیده بود.

۱. این متن در زمان حیات راجرز نوشته شده است. (م)

راجرز همه آن وضعیت را دگرگون ساخت. او نه فقط مشاوره و نه حتی روان‌درمانی بلکه تمام روان‌شناسی را به عنوان يك «علم انسانی» حرکت داد و آن را از اعصار تاریک به سوی نور هدایت نمود. به کار او - همان‌طور که واقعاً خودش اطلاق می‌کند - يك انقلاب آرام گفته می‌شود. خلاقیت انقلاب راجرز کمتر از فروید نبود و حتی بسیار واقعی‌تر از آن بود. انقلاب آرام او نقشه مشاوره و درمان، آموزش، و همه اشکال مختلف روابط میان فردی از جمله روابط بین‌المللی را دگرگون ساخت. قلب انقلاب او - با تمرکز بر چارچوب مرجع مراجع - به‌طور اعجاب‌انگیزی ساده است. نبوغ راجرز در این است که او این موضوع را زمانی دید که شخص دیگری آن را ندیده بود. دیگر مشارکت عمده راجرز تأکید بر اهمیت و برتری خود یا خودپنداره است: منظور آن دیدگاه درونی شکننده، اخطارکننده‌ای که مشخص می‌کند ما کیستیم و چگونه هستیم. او همه رفتارها را در جهت حمایت از خود یا بالا بردن خود می‌دید. بنابراین او حکم کرد که مشاوره باید به سمتی هدایت شود که خود را آزاد و آن را به «خود واقعی» تبدیل نماید.

به عقیده من نابغه دیگری که دارای مقام بلندی نظیر آن دو نفر دیگر است، رابرت کارخوف می‌باشد. نبوغ او نه تنها در طراحی نقشه (مانند فروید و راجرز) است بلکه او به ما نشان می‌دهد که چگونه آن طرح و نقشه را به اجرا در بیاوریم. اگر فروید موضوع ماهیت و رفتار انسان را از عصر حجر بیرون آورد و به قرون وسطی رسانید و راجرز ما را از دیدگاه‌های قرون وسطایی به زمان حاضر آورد، کارخوف ما را به سوی آینده هدایت می‌کند. نبوغ او در این است که از همه عقاید سلف خویش استفاده کرده و گفته است که انسانها می‌توانند بیش از آنچه هستند باشند و مسیری را طراحی نمود که در آن مسیر به آنها آموزش بدهیم که چگونه این کار را انجام دهند. فروید به ما آموخت آنچه نمی‌دانیم می‌تواند به ما زیان برساند. راجرز به ما یاد داد که ما می‌توانیم بیشتر از آنچه هستیم بشویم و کارخوف به ما آموخت که چگونه می‌توانیم از اولی دوری کرده و به دومی برسیم. الگوی HRD به عنوان يك الگوی درمانی برای من منطقی‌تر به نظر می‌رسد. زیرا که منظم و به واقع برگزیده است. این الگو از روشهای مجرب در زمانهایی استفاده می‌کند که برای مراجع بیشترین اثر را دارد. چیزی به نام اکسیر، معالجه مطلق و ابزاری برای همه شرایط وجود

ندارد. من دریافتم که الگوی HRD برایم بهتر است زیرا با مراجعان و با انواع مشکلات بیشتری نسبت به رویکردهای دیگر می‌توان آن را مورد استفاده قرار داد زیرا که انعطاف‌پذیرتر و عملی‌تر است.

خوب، پس دیگران چه می‌شوند؟ آدلر، برن، ایس، گلاسپر، پرز و رفتار گرایان؟ آیا آنها نابغه نبودند؟ آنها از این نظر که هر یک چکش و آچار خود را ساختند نابغه بودند اما نه از این نظر که توانسته باشند یک نظم جدید و یا مجموعه کاملی نظیر فروید، راجرز و یا کارخوف را درست کنند. مشاوره‌ای که مشارکت این دیدگاه‌ها را مرود می‌داند، ابزار اساسی برای کارش را نادیده می‌گیرد. اما اگر کار آنها را مشارکت بدانیم، دارای آنچنان نظم‌ی که دیدگاه فروید، راجرز و کارخوف دارند نمی‌باشند.

نکته آخر که فکر می‌کنم مهم‌تر از بقیه نکات است این است که: زمانی که شما رودر روی یک مراجع قرار می‌گیرید، اینکه ببینید کدام دیدگاه توسط کدام نابغه ایجاد شده است موضوعی کاملاً بی‌ربط می‌باشد. آنچه که مهم است این است که شما باید مؤثرترین مشاوره باشید که در آن لحظه می‌توانید باشید. شما نمی‌توانید - تکرار می‌کنم نمی‌توانید - یک مشاور مؤثر باشید، اگر سعی کنید فروید، راجرز یا کارخوف و یا هر کس دیگری بجز خودتان باشید، شما باید از این استادان و هر کس دیگری که به شما آموخته است یاد بگیرید. اما نباید به خودتان اجازه بدهید که در چارچوب دیدگاه آنها نهادینه شوید و یا در نظام هر کس دیگری از حرکت باز ایستید.

اینها چیزهایی هستند که من فکر می‌کنم. شما چه فکر می‌کنید؟ علاقه دارم بدانم که شما چه فکر می‌کنید لطفاً برای من بنویسید.

# منابع و مراجع

## فصل اول

- ALLEN, T. Effectiveness of counselor trainees as a function of psychological openness. *Journal of Counseling Psychology*, 1967, 14, 35 - 40.
- AMERICAN MENTAL HEALTH COUNSELOR'S ASSOCIATION. The Board of Certified Professional Counselors procedures. *American Mental Health Counselor's Association Journal*, 1979, 1, 23-38.
- AMERICAN PERSONNEL AND GUIDANCE ASSOCIATION, *Licensure Committee action packet*. Washington. D.C.: 1980.
- ANSBACHER, H. L. Individual psychology. In R. Corsini (Ed.), *Current personality theories*. Itasca, IL: F. E. Peacock, 1977.
- BRAMMER, L. M., & SHOSTROM, E. L. *Therapeutic psychology: Fundamentals of counseling and psychotherapy* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1977.
- BURKS, H. M., & STEFFLRE, B. *Theories of counseling*. New York: McGraw-Hill, 1979.
- BURTON, A. The integration of behavior change. In A. Burton (Ed.), *What makes behavior change possible?* New York: Brunner/Mazel, 1976.
- CARKHUFF, R. R. *The counselor's contribution to facilitative processes*. Urbana, IL: R. W. Parkinson, 1966.
- CARKHUFF, R. R. *Helping and human relations: A primer for lay and professional helpers*, Vol. I. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1969.
- CARKHUFF, R. R. *Toward actualizing human potential*. Amherst, MA.: Human Resource Development Press, 1981.

- CARKHUFF, R. R., & BERENSON, B. G. *Beyond counseling and therapy*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1967.
- CARKHUFF, R. R., & BERENSON, B. G. *Teaching as treatment: An introduction to counseling and psychotherapy*. Amherst, MA.: Human Resource Development Press, 1976.
- CARKHUFF, R. R., & BERENSON, B. G. *Beyond counseling and therapy* (2nd ed.). New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1977.
- COMBS, A. W., & SOPER, D. L. Helping relationships as described by good and bad teachers. *Journal of Teacher Education*, 1963, 14, 64 - 67.
- CORSINI, R., & ROSENBERG, B. Mechanisms of group psychotherapy: Processes and dynamics. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 1955, 406-411.
- DINKMEYER, D., & DREIKURS, R. *Encouraging children to learn*. New York: Hawthorn Books, 1963.
- EYSENCK, H. J. The effects of psychotherapy. In H. J. Eysenck (Ed.), *Handbook of abnormal psychology*. New York: Basic Books, 1961.
- FORD, D. H., & URBAN, H. B. *Systems of psychotherapy: A comparative study*. New York: Wiley, 1963.
- FRANK, J. D., HOEN-SARIC, R., IMBER, S. D., LIBERMAN, B. L., & STONE, A. R. *Effective ingredients of successful psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1978.
- HALL, C. S., & LINDZEY, G. *Theories of personality* (2nd ed.). New York: Wiley, 1970.
- HAHN, M. E., & MACLEAN, M. S. *Counseling psychology* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill, 1955.
- LIEBERMANN, M. A., YALOM, I. D., & MILES, M. B. *Encounter groups: First facts*. New York: Basic Books, 1973.
- LOUGHARY, J. W., STRIPLING, R. O., & FITZGERALD, P. W. (Eds.). *Counseling: A growing profession*. Washington, DC: American Personnel and Guidance Association, 1965.
- MADDI, S. R. *Personality theories: A comparative analysis*. Homewood, Ill.: Dorsey, 1968.
- MARMOR, J. common operational factors in diverse approaches to behavior change. In A. Burton (ed.), *What makes behavior change possible?* New York: Brunner/Mazel, 1976.
- MASLOW, A. H. *Toward a psychology of being*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1968.
- MASLOW, A. H. *Motivation and personality*. New York: Harper & Row, 1970.
- PATTERSON, C. H. *Theories of counseling and psychotherapy* (3rd ed.). New York: Harper & Row, 1980.
- PRICE, R. H. *Abnormal behavior: Perspectives in conflict*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1972.
- ROGERS, C. R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 1957, 22, 95-103.
- ROGERS, C. R. Toward becoming a fully-functioning person. In A. Combs (Ed.), *Perceiving, behaving, becoming*. Washington, DC: Association for Supervision and Curriculum

- Development, 1962.
- SCHOEN, C. Toward a concept of the normal personality. *American Psychologist*, 1957, 12, 183-190.
- STEFFLRE, B., & METHANEY, K. *The function of counseling theory*. Boston: Houghton Mifflin, 1968.
- SUE, D. W., *Counseling the culturally different: Theory and practice*. New York: Wiley, 1981.
- TRUAX, C. B., & CARKHUFF, R. R. *Toward effective counseling and psychotherapy* Chicago: Aldine, 1967.
- TYLER, L. *The work of the counselor (3rd ed.)*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1969.
- WOLBERG, L. R. *The technique of psychotherapy (2nd ed.)*. New York: Grune & Stratton, 1967.
- YALOM, I. D. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books, 1975.

## فصل دوم

- ABELES, N. Psychodynamic theory. In H. M. Burks, Jr., & B. Stefflre, *Theories of counseling (3rd ed.)*, New York: McGraw-Hill, 1979.
- ALEXANDER, F. M., *Psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Norton, 1956.
- ALLEN, G. J. *Understanding psychotherapy: Comparative perspectives*. Champaign, IL: Research Press, 1977.
- AMERICAN PSYCHOANALYTIC ASSOCIATION, *Standards for Training in Psychoanalysis*. New York: Author, 1980.
- Carkhuff, R. R., & BERENSON, B. G. *Beyond counseling and therapy (2nd ed.)*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1977.
- Dewald, P. A., *The psychoanalytic process: A case illustration*. New York: Basic Books, 1972.
- FINE, R. Psychoanalysis. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies*. Itasca, IL: F. E. Peacock, Publishers, 1973.
- FREUD, A. *The ego and the mechanisms of defense (rev. ed.)*. New York: International Universities Press, 1966.
- FREUD, S. *New introductory lectures on psychoanalysis*. New York: W. W. Norton, 1933.
- FREUD, S. *On the history of the psychoanalytic movement, 1914*. Standard Edition, Vol. III. London: Hogarth Press, 1962.
- LUBORSKY, L., & SPENCE, D. P. Quantitative research on psychoanalytic therapy. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change (2nd ed.)*. New York: John Wiley & Sons, 1978.

- MACK, J. E., & SEMRAD, E. V. Classical psychoanalysis. In A. M. Freeman, H. I. Kaplan, & H. S. Kaplan (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: The Williams & Wilkins Company, 1967.
- PRICE, R. H., *Abnormal behavior: Perspectives in conflict*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1972.
- RADER, G. E. Psychoanalytic therapy. In D. C. Rimm, & J. W. Somerville, *Abnormal psychology*. New York: Academic Press, 1976.
- ROSENZWELG, S., *Freud, June, and the kingmaker: The visit to America, 1909*. St. Louis: Rana House, 1977.
- STEWART, R. L., & LEVINE, M. Psychoanalysis and psychoanalytic therapy. In A. M. Freeman, H. I. Kaplan, & H. S. Kaplan (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: The Williams & Wilkins Company, 1967.
- STRUPP, H. H., *Psychotherapy: Clinical, research, and theoretical issues*. New York: Jason Aronson, Inc., 1973.

#### **TRAINING INSTITUTIONS APPROVED BY THE AMERICAN PSYCHOANALYTIC ASSOCIATION**

- Baltimore-District of Columbia Institute for Psychoanalysis, 821 North Charles Street, Baltimore, Maryland 21201
- Boston Psychoanalytic Society and Institute, Inc., 15 Commonwealth Avenue, Boston, Massachusetts 02116
- Chicago Institute for Psychoanalysis, 180 North Michigan Avenue, Chicago, Illinois 60601
- Cincinnati Psychoanalytic Institute, 2600 Euclid Avenue, Cincinnati, Ohio 45219
- Cleveland Psychoanalytic Institute, 11328 Euclid Avenue, Cleveland, Ohio 44106
- Columbia University Center for Psychoanalytic Training and Research, 722 West 168th Street, New York, New York 10032
- Denver Institute for Psychoanalysis University of Colorado School of Medicine, 4200 East 9th Avenue, Denver, Colorado 80262
- Houston-Galveston Psychoanalytic Institute, 5300 San Jacinto, Suite 145, Houston, Texas 77004
- Institute of the Philadelphia Association for Psychoanalysis, 15 St. Asaph's Road, P. O. Box 36, Bala-Cynwyd, Pennsylvania 19004
- Los Angeles Psychoanalytic Society and Institute, 2014 Sawtelle Boulevard, Los Angeles, California 90025
- Michigan Psychoanalytic Institute, 16310 West 12 Mile Road, No. 204, Southfield, Michigan 48076

- New Orleans Psychoanalytic Institute, Inc., 3624 Coliseum Street, New Orleans, Louisiana 70115
- New York Psychoanalytic Institute, 247 East 82nd Street, New York, New York 10028
- Philadelphia Psychoanalytic Institute, 111 North 49th Street, Philadelphia, Pennsylvania 19139
- Pittsburgh Psychoanalytic Institute, Suite 200, 211 North Whitfield Street, Pittsburgh, Pennsylvania 15206
- Psychoanalytic Institute of New England, East Inc., P. O. Box 56, Arlington Heights, Massachusetts 02175
- Psychoanalytic Institute, New York University Medical Center, Bellevue Psychiatric Hospital, 30th St. and First Ave., New York, New York 10016
- St. Louis Psychoanalytic Institute, 4524 Forest Park Avenue, St. Louis, Missouri 63108
- San Diego Psychoanalytic Institute, 817 Silverado St., La Jolla, California 92037
- San Francisco Psychoanalytic Institute, 2420 Sutter Street, San Francisco, California 94115
- Seattle Psychoanalytic Institute, 4029 East Madison Street, Seattle, Washington 98112
- Southern California Psychoanalytic Institute, 9024 Olympic Boulevard, Beverly Hills, California 90211
- Topeka Institute for Psychoanalysis, Box 829, Topeka, Kansas 66601
- University of North Carolina-Duke University Psychoanalytic Training Program, Department of Psychiatry, University of North Carolina School of Medicine, 239 Old Nurses Dorm, Chapel Hill, North Carolina 27514
- Washington Psychoanalytic Institute, 4925 MacArthur Boulevard, N. W., Washington, D. C. 20007
- Western New England Institute for Psychoanalysis, 340 Whitney Avenue, New Haven, Connecticut 06511

### فصل سوم

- ALLEN, T. W., The individual psychology of Alfred Adler: An item of history and a promise of a revolution, *The counseling psychologist*, 3 (1), 1971, pp. 3-24.
- ANSBACHER, H. L. Individual psychology, in, R. Corsini (Ed.), *Current personality theories*. Itasca, IL.: F. E. Peacock, Publishers, 1977.
- ANSBACHER. H. L., & ANSBACHER. R. R. (EDS.) *The individual psychology of Alfred Adler: A systematic presentation in selections from his writings*. New



- York: Basic Books, 1956.
- CARKHUFF, R. R. *Helping and human relations: A primer for lay and professional helpers* (2 vols.). New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1969.
- DILORETTO, A., *Comparative psychotherapy*. Chicago: Aldine, 1971.
- DINKMEYER, D., & DREIKURS, R. *Encouraging children to learn*. New York: Hawthorn Books, 1963.
- DINKMEYER, D., PEW, W. L., & DINKMEYER, D. J. *Adlerian counseling and psychotherapy*. Monterey, Calif.: Wadsworth, Inc., 1979. Reprinted by permission of Brooks/Cole Publishing Company.
- DREIKURS, R., & CASSEL, P. *Discipline without tears* (2nd ed.). New York: Hawthorn Books, 1972.
- ELLIS, A. Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 1957, 13, 344-350.
- FRANK, G. D., HOEN-SARIC, R., IMBER, S. D., LIBERMAN, B. L., & STONE, A. R. *Effective ingredients of successful psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1978.
- FURTMULLER, C. Alfred Adler: A biographical essay. In H. L. Ansbacher & R. R. Ansbacher (eds.). *Superiority and social interest*. Evanston, IL: Northwestern University Press, 1964.
- GARFINKEL, M. I., MASSEY, R. F., & MENDEL, E. Charles. Adlerian guidelines for counseling. In G. S. Belkin (Ed.), *Counseling directions in theory and practice*. Dubuque, IA: Kendall/Hunt, 1976. Used by permission.
- KERN, R., Professor and Coordinator, Family Education Center, Georgia State University, Atlanta, Georgia. Personal correspondence, May 4, 1982.
- LOWE, R. N. Goal recognition. In A. G. Nikelly (Ed.), *Techniques for behavior change*, Springfield, IL: Charles C Thomas, 1971.
- MOSAK, H. H., Life style. In A. G. Nikelly (Ed.), *Techniques for behavior change*, Springfield, IL: Charles C Thomas, 1971.
- MOSAK, H. H., & DREIKURS, R. Adlerian psychotherapy. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies*. Itasca, IL: F. E. Peacock, Publishers, 1973.
- NIKELLY, A. G. Basic processes in psychotherapy. In A. G. Nikelly (Ed.). *Techniques for behavior change*. Springfield, IL: Charles C Thomas, 1971a.
- NIKELLY, A. G. Developing social feeling in therapy. In A. G. Nikelly (Ed.), *Techniques for behavior change*, Springfield, IL: Charles C Thomas, 1971b.
- Nikelly, A. G. Fundamental concepts of maladjustment. In a. G. Nikelly (Ed.), *Techniques for bewavior change*, Springfield, IL: Charles C Thomas, 1971c.
- NIKELLY, A. G. Private logic. In A. G. Nikelle (Ed.), *Techniques for behavior change*. Springfield, IL: Charles C Thomas 1971d.
- NIKELLY, A. G., & BOSTROM, J. A. Psychotherapy as reorientation and readjustment. In

- A. G. Nikelly (Ed.), *Techniques for behavior change*. Springfield, IL: Charles C Thomas, 1971.
- NIKELLY, A. G., & VERGER, D. Early recollections. In A. G. Nikelly (Ed.), *Techniques for behavior change*. Springfield, IL: Charles C Thomas, 1971.
- PAPANEK, H. Alfred Adler, In A. M. Freeman, H. I. Kaplan, & K. S. Kaplan (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore, Md: The Williams & Wilkins Co., 1967.
- ROGERS, C. R., GENDLIN, E. T., KIESSLER, D. J., & TRUAX, C. B. *The therapeutic relationship and its impact*. Madison, Wis: University of Wisconsin Press, 1967.
- RYCHLAK, J. F. *Introduction to personality and psychotherapy: A theory-construction approach*. (2nd ed.) Boston: Houghton Mifflin, 1981.
- SHULMAN, B. H. *Contributions to individual psychology*. Chicago: Alfred Adler Institute, 1973.
- SHULMAN, B. H., & NIKELLY, A. G. Family constellation. In A. G. Nikelly (Ed.), *Techniques for behavior change*. Springfield, IL: Charles C Thomas, 1971.
- TRUAX, C. B., & CARKHUFF, R. R. *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago: Aldine, 1967.

## ADLERIAN INSTITUTES

### Region I - West

- Alfred Adler Institute of Mountain States, Box 8225, Idaho State University, Pocatello, Idaho 83209 (208/236-3156)
- Mountain Institute for Mankind Gold Hill Boulder, Colorado 80302
- Western Institute for Research and Training in Humanities, 226 Stanford Avenue, Berkeley, California 94708 (415/524-4929)

### Region II - Midwest

- Alfred Adler Institute of Chicago, 159 N. Dearborn Street, Chicago, Illinois 60601 (312/346-3458)
- Alfred Adler Institute of Fort Wayne, 1812 Fort Wayne National Bank Building, Fort Wayne, Indiana 46802 (219/422-9622)
- Alfred Adler Institute of Minnesota, Suite 128, 5009 Excelsior Blvd., Minneapolis, Minnesota 55416 (612/926-6511)
- Rudolf Dreikurs Institute for Social Equality, 1725 Emerson Ave. South, Minneapolis, Minnesota 55403

### Region III - South

Adlerian Summer Workshops, c/o Francis X. Walton, 660 Townes Road, Columbia, South Carolina 29210

Institute for Creative Community Living, c/o Dr. Pattye Weaver Kennedy, 2243 West Alabama, Houston, Texas 77098

### Region IV - Middle-Atlantic

The Adler-Dreikurs Institute of Human Relations, Harold V. McAbee, Director, Bowie State College, Bowie, Maryland 20715

Alfred Adler Institute of Cleveland, 14625 Detroit Ave., Suite 203, Lakewood, Ohio 44107

Alfred Adler Institute of Dayton, 122 E. Apple Street, Dayton, Ohio 45409 (513/274-6329)

Alfred Adler Institute of Toledo, c/o Keith Wiggins, 857 Maple Lane, Waterville, Ohio 43566

### Region V - Northeast

Alfred Adler Institute of New York, 37 West 65th Street, New York, New York 10023 (212/874-2427)

Alfred Adler Institute of Ontario, 4 Finch Ave. West, Suite 10, Willowdale, Ontario Canada M2N 2G5

Alfred Adler Institute of Rhode Island, c/o Woonsocket Family and Child Service, 8 Court Street, Woonsocket, Rhode Island 02895 (401/762-5656)

Alfred Adler Mental Hygiene Clinic, 37 West 5th Street, New York, New York 10023

## A PARTIAL LIST OF GRADUATE PROGRAMS EMPHASIZING THE ADLERIAN APPROACH

PROGRAM	DIRECTOR (1983)
Bowie State University	Dr. Harold McAbee
Florida State University	Dr. Donald Kelley
Georgia State University	Dr. Roy Kern
Graduate Center of West Virginia	Dr. James Bitter

University of Arizona	Dr. Oscar Christianson
University of California	Dr. Richard Kopp
University of South Dakota	Dr. Frank Main
University of Idaho	Dr. Thomas Edgar
University of Nevada	Dr. William Marchant
University of Texas	Dr. Guy Manchester
University of Vermont	Dr. H. L. Ansbacher
West Virginia University	Dr. Michael Yura

### فصل چهارم

- BERNE, E. *Transactional analysis in psychotherapy*. New York: Grove Press, 1961.
- BERNE, E. *Games people play*. New York: Grove Press, 1964.
- BERNE, E. *Principles of group treatment*. New York: Oxford University Press, 1966.
- BERNE, E. *What do you say after you say hello?* New York: Grove Press, 1972.
- CORSINI, R. A medley of current personality theories. In R. Corsini (Ed.), *Current Personality theories*. Itasca, IL.: F. E. Peacock Publishers, 1977.
- ELSON, S. E. Recent approaches to counseling: Gestalt, transactional analysis, and reality therapy. In H. M. Burks & B. Steffle (Eds.), *Theories of counseling* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill, 1979.
- HARRIS, T. A. *I'm OK - you're OK: A practical guide to transactional analysis*. New York: Harper & Row, 1969.
- HOLLAND, G. A. Transactional analysis. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies*. Itasca, IL.: F. E. Peacock, Publishers, 1973.
- INTERNATIONAL TRANSACTIONAL ANALYSIS ASSOCIATION, INC. Classification of memberships. ITAA, 1772 Vallejo St., San Francisco, CA, 94123. January, 1981.
- JAMES, M., & JONGEWARD, D. *Born to win: Transactional analysis with gestalt experiments*. Reading, MA.: Addison-Wesley, 1971.
- KARPMAN, S. B. Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, 1968, 7, 39-43.
- PATTERSON, C. H. *Theories of counseling and psychotherapy* (3rd ed.). New York: Harper & Row, Publishers, 1980.
- STEINER, C. M. *Scripts people live: Transactional analysis of life scripts*. Copyright © 1974 by Claude Steiner. New York: Grove Press, 1974.
- WOLLAMS, S., & BROWN, M. *The total handbook of transactional analysis*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1979.

## فصل پنجم

- ADLER, A. *Social interest: A challenge to mankind*. New York: Capricorn Books, 1964.
- BARD, J. A. *Rational emotive therapy in practice*. Champaign, IL.: Research Press, 1980.
- BELKIN, G. S. *An introduction to counseling*. Dubuque, IA.: Wm. C. Brown, 1980.
- DIGIUSEPPI, R. A., & MILLER, N. J. A review of outcome studies on rationalemotive therapy. In A. Ellis & R. Greiger, *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer Publishing Co., 1977.
- DIOREITTO, A. *Comparative psychotherapy*. Chicago: Aldine, 1971.
- ELLIS, A. Rational-emotive therapy. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies*. Itasco, IL.: F. E. Reacock, Publishers, 1973, chap. 5.
- ELLIS, A. The treatment of a psychopath with rational psychotherapy, in S. J. Moore & R. I. Watson, *psychotherapies: A comparative casebook*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1977, chap. 14.
- ELLIS, A. The rational-emotive approach to counseling. In H. M. Burks, Jr., & B. Steffire, *Theories of counseling* (3rd. ed.). New York: McGraw-Hill, 1979.
- ELLIS, A. Personal correspondence, April 14, 1982.
- ELLIS, A. *Reason and emotion in psychotherapy*, New York: Lyle Stuart, 1962.
- ELLIS, A., & Greiger, R. *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer Publishing Co., 1977.
- HEITLER, J. B. Preparatory techniques in initiating psychotherapy with lowerclass, unsophisticated patients, *Psychological Bulletin*, 1976, 83, 339-352.
- KANTER, N. J. *A comparison of self-control, desensitization, and systematic reetional restructuring for the reduction of interpersonal anxiety*. Unpublished doctoral dissertation, State University of New York at Stony Brook, 1975.
- MAHONEY, M. J., & ARNKOFF, D. B. Cognitive and self-control therapies. In S. L. Carfield & A. E. Bergen (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed.) New York: John Wiley and Sons, 1978, Chap. 18.
- MAULTSBY, M. C., JR. Rational-emotive imagery. *Rational Living*, 1971, 6(1), 24-26.
- PATTERSON, C. H. *Theories of counseling and psychotherapy*. (3rd ed.). New York: Harper & Row, 1980, Chap. 2.
- ROGERS, C. R. *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin, 1951.
- RUSH, A. J., KHATAMI, M., & BECK, A. T. Cognitive and behavioral therapy in chronic depression, *Behavior Therapy*, 1975, 6, 398-404.
- TIEGERMAN, S. *Effects of assertive training and cognitive components of rational therapy on the promotion of assertive behavior and the reduction of interpersonal*

*anxiety*. Unpublished doctoral dissertation, Hofstra University, 1975.

WOLFE, J. L. *Short-term effects of modeling/behavior rehearsal, modeling/behavior rehearsal plus rational therapy, placebo, and no-treatment on assertive behavior*. Unpublished doctoral dissertation, New York University, 1975.

### فصل ششم

- BRANNON, J. M. The impact of teacher stage of concern and level of use of a modified reality therapy discipline program on selected student behaviors: A discriminant analysis approach. Doctoral dissertation, University of Mississippi, 1978. *Dissertation Abstracts International*, 1978, 38 (7-A), 4037.
- BROWNING, B. D. Effects of reality therapy on teacher attitudes, student attitudes, student achievement, and student behavior. Doctoral dissertation, North Texas State University, 1979. *Dissertation Abstracts International*, 1979, 39 (7- A), 4010-4011.
- DREIKURS, R., & GREY, L., *A new approach to discipline: Logical consequences*. New York: Hawthorn Books, 1968.
- ELSON, S. E. Recent approaches to counseling: Gestalt therapy, transactional analysis, and reality therapy. In H. M. Burks & B. Steffle, *Theories of counseling* (3rd ed.) New York: McGraw-Hill, 1979.
- ENGLISH, J. *The effects of reality therapy on elementary-age children*. Paper for the California Association of School Psychologists and Psychometrists, Los Angeles, CA., March, 1970.
- EVANS, D. B. What are you doing? An interview with William Glasser. *Personnel and Guidance Journal*, 1982, 60, 460-465.
- GANG, M. J. Empirical validation of a reality therapy intervention program in an elementary school classroom, Doctoral dissertation, University of Tennessee, 1975, *Dissertation Abstracts International*, 1975, 35 (8 - B), 4216.
- GLASSER, W. *Reality therapy: A new approach to psychiatry*, New York: Harper & Row, 1965.
- GLASSER, W. *Schools without failure*. New York: Harper & Row, 1969.
- GLASSER, W. *The identity society*. New York: Harper & Row, 1972.
- GLASSER, W. Reality therapy. in V. Bender, A Bender, & B. Rimland (Eds.). *Modern therapies*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1976.
- GLASSER, W. Personal correspondence, April 12, 1982.
- GLASSER, W., & ZUNIN, L. M. Reality therapy. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies*. Itasca, IL.: F. E. Peacock, Publishers, 1973.
- HAWES, R. M. Reality therapy in the classroom. Doctoral dissertation, University of the

- Pacific, 1971. *Dissertation Abstracts International*, 1971, 32 2483 - A.
- LASPINA, A. V. The effect of applied reality therapy methods upon creative thinking and behavior. Doctoral dissertation, University of Southern Mississippi, 1976. *Dissertation Abstracts International*, 1976, 37 (4- A), 1981.
- MINK, O. G., & WATTS, G. E. *Reality therapy and personalized instruction: A success story*, 1973, (ERIC Document Reproduction Service No. ED 115323).
- REILLY, D. Glasser without failure, *Human Behavior*, 1973, 2, 16-23.
- ROGERS, C. R. *Freedom to learn*. Columbus, OH.: Charles E. Merrill, 1969.
- ROTTER, J. Generalized expectancies for internal vs. external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 1966, 80, 1-28.
- SHEARN, D. F., & RANDOLPH, D. L. Effects of reality therapy methods applied in the classroom. *Psychology in the schools*, 1978, 15 (1) 79-82.

### فصل هفتم

- ALBERTI, R. E., EMMONS, M. L.: *Your perfect right* (2nd ed.). San Luis Obispo, CA: Impact Press, 1970.
- AYLLON, T., & AZRIN, N. H. *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*, New York: Appleton-Century-Crofts, 1968.
- BANDURA, A. *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1969.
- BANDURA, A., BLANCHARD, E. B., & RITTER, R. The relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1969, 9, 173-199.
- BANDURA, A., & PERLOFF, B. Relative efficacy of self-monitored and externally imposed reinforcement systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1967, 7, 111-116.
- BANDURA, A., & WALTERS, R. H. *Adolescent aggression*. New York: Ronald Press, 1959.
- BLAKE, B. G. The application of behavior therapy to the treatment of alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 1965, 3, 75-85.
- BLANCHARD, E. B. Brief flooding treatment for a debilitating revulsion. *Behavior Research and Therapy*, 1975, 13, 193-195.
- CARKHUFF, R. R., & BERENSON, B. G. *Beyond counseling and therapy* (2nd ed.). New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1977, Chap. 8.
- DAVISON, G. E. Systematic desensitization as a counterconditioning process. *Journal of Abnormal Psychology*, 1968, 73, 91-99.

- DEMOOR, W. Systematic desensitization vs. prolonged high intensity stimulation (flooding). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1970, 1, 45-52.
- EMERY, J. R., & KRUMBOLTZ, J. D. Standard vs. individual hierarchies in desensitization to reduce test anxiety. *Journal of Counseling Psychology*, 1967, 14, 204-209.
- EYSENCK, H. J. *Behavior therapy and the neuroses*. New York: Pergamon, 1960.
- FELDMAN, M., & MAC CULLOCH, M. *Homosexual behavior: Theory and assessment*. Oxford: Pergamon Press, 1971.
- FITCHETT, S.M., & SANFORD, D.A. Treatment for habitual gambling. In J.D. Krumboltz & C. E. Thoresen (Eds.), *Counseling methods*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1976, 138-144.
- HALLS.M. Self-Control and therapist control in behavioral treatment of over-weight women. *Behavior Research and Therapy*, 1972, 10, 59-68.
- HEDQUIST, F.J., & WEINGOLD. B.K. Behavioral group counseling with socially anxious and unassertive college students. *Journal of Counseling Psychology*, 1970, 17, 237-242.
- HERSEN.M., EISLER, R.M., & MILLER, P.M. An experimental analysis of generalization in assertive training. *Behavior Research and Therapy*, 1974, 12, 295-310.
- HODGSON, R.J., & RACHMAN, S. An experimental investigation of the implosion techniques. *Behavior Research and Therapy*, 1970, 8, 21-27.
- HOLLIS, J.W., & WANTZ, R. A. (EDS.) *Counselor preparation 1980: Programs, personnel, trends* (4th ed.) Muncie, IN: Accelerated Development, Inc., 1980.
- HOSFORD, R.E., Behavioral counseling: A contemporary overview. *The Counseling Psychologist*, 1969, 1 (4), 1-32.
- JAKUBOWSKI, P., & LANGE, A.J. *The assertive option: Your rights and responsibilities*. Champaign, IL: Research Press, 1978.
- KANFER,F.H., & SASLOW, G. Behavioral diagnosis. In C.M.Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status*. New York: McGraw-Hill, 1969.
- KAZDIN, A. E., & WILCOXON, L. A. Systematic desensitization and non-specific treatment effects: A methodological evaluation. *Psychological Bulletin*, 1976, 83, 729-758.
- KRASNER, L. The reinforcement machine. In B.G.Berenson & R.R.Carkhuff (Eds.), *Sources of gain in counseling and psychotherapy*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1967.
- KRUMBOLTZ, J.D. Behavioral goals for counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 1966, 13, 153-159.
- KRUMBOLTZ, J. D. Changing the behavior of behavior changers. *Counseling Education and Supervision*, 1967 (Special Issue).



- KRUMBOLTZ, J. D. & THORESEN, C.E. (Eds). *Counseling methods*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1976.
- LAFLEUR, N.K. Behavioral views of counseling. In H. M. Burks, & B. Steffire. *Theories of counseling* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill, 1979, Chap. 6.
- LANGE, A. J., & JAKUBOWSKI, P. *Responsible assertive behavior: Cognitive behavioral procedures for trainers*. Champaign, IL: Research Press, 1976.
- LAVIN, N. I., THORPE, J. G., BARKER, J. C., BLAKEMORE, C. B., & CONWAY, C. G. Behavior therapy in a case of transvestism. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1961, 133, 346-353.
- LINDSLEY, O.R. Operant conditioning methods applied to research in chronic schizophrenia. *Psychiatric Research Reports*, 1956, 5, 118-153.
- MAHONEY, M.J., MOURA, N., & WADE, T. The evaluative efficacy of self - reward, self-punishment, and self - monitoring techniques for weight loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1973, 40, 404-407.
- MCCUTCHEON, B.A., & ADAMS, H.E. The physiological basis of implosive therapy. *Behavior Research and Therapy*, 1975, 13, 93-100.
- MCFALL, R.M., & LILLESAND, D. B. Behavior rehearsal with modeling and coaching in assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*, 1971, 77, 313-333.
- MCFALL, R.M., & TWENTYMAN, C.T. Four experiments on the relative contributions of rehearsal, modeling, and coaching to assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*, 1973, 81, 199-218.
- MEICHENBAUM, D. H., & CAMERON, R. Training schizophrenics to talk to themselves: A means of developing attitudinal controls. *Behavior Therapy*, 1973, 4, 515-534.
- MEICHENBAUM, D. H., & GOODMAN, J. Reflection - impulsivity and verbal control of motor behavior. *Child Development*, 1969, 40, 785-797.
- MORSE, S. J., & WATSON, R.I., JR. An introduction to behavior therapy. In S. J. Morse & R.I. Watson, Jr. (Eds.), *Psychotherapies: A comparative casebook*. New York: Holt, Rinehart, and Winston, 1977, Chap. 15.
- PAUL, G.L. *Insight vs. desensitization in psychotherapy: An experiment in anxiety reduction*. Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1966.
- PHILLIPS, E.L., PHILLIPS, E.S., FIXEN, D.L., & WOLF, M. M. Achievement place: Modification of the behaviors of predelinquent boys within a token economy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1971, 4, 45-59.
- RACHMAN, S. Studies in desensitization - II: Flooding. *Behavior Research and Therapy*, 1966, 4, 1-6.
- RATHUS, S. A. An experimental investigation of assertive training in a group setting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1972, 3, 81-86.

- RIMM, D. C. Behavior therapy. In D.C. Rimm & J.W.Somervill (Eds.), *Abnormal psychology*. New York: Academic Press, 1977.
- RIMM, D.C., HILL, G.A., BROWN, N.N., & STUART, J.E. Group assertive training in the treatment of expression of inappropriate anger. *Psychological Reports*, 1974, 34, 791-798.
- RIMM, D. C., & LITVAK, S. B. Self-verbalization and emotional arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 1969, 74, 181-187.
- RIMM, D.C., & MAHONEY, M. J. The application of reinforcement and participant modeling procedures in the treatment of snake - phobic behavior. *Behavior Research and Therapy*, 1969, 7, 369-376.
- RIMM, D. C., SAUNDERS, W., & WESTEL, W. Thought - stopping and covert assertion in the treatment of snake phobias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, 43, 92-93.
- RUSSELL, p. L., & BRANDSMA, J.M. A theoretical and empirical investigation of rational - emotive and classical conditioning theories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974, 42, 389-397.
- RYCHLAK, J. F. *Introduction to personality and psychotherapy* (2nd ed.). Boston: Houghton Mifflin, 1981.
- SACHS, L.B., BEAN, H., & MORROW, J. E. Comparison of smoking treatments. *Behavior Therapy*, 1970, 1, 465-472.
- SKINNER, B.F. *Science and human behavior*. New York: Macmillan, 1953.
- STAMPFL, T. G., & LEVIS, D.J. Implosive therapy - A behavior therapy? *Behavioral Research and Therapy*, 1968, 6, 31-36.
- THORESEN, C.E., & COATES, T: J. What does it mean to be a behavior therapist? *The Counseling Psychologist*, 1978, 7 (3), 3-21.
- WOLPEJ, *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press, 1958.
- WOODY, R. H. Behavioral counseling: Role definition and professional training. In *The Counseling Psychologist*, 1969, 1 (4), 84-88.
- YOUNG, E. R., RIMM, D.C., & KENNEDY, T.D. An experimental investigation of modeling and verbal reinforcement in the modification of assertive behavior. *Behavior Research and Therapy*, 1973, 11, 317-319.

### فصل هشتم

- BEISSER, A.L., The paradoxical theory of change. In J. Fagan & I. L. Shepherd, *Gestalt therapy now*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books, 1970.
- ELSON, S. E. Recent approaches to counseling: Gestalt therapy, transactional analysis,

- and reality therapy. In H. M. Burks, Jr. & B. Steffle, *Theories of counseling* (3rd ed.) New York: McGraw-Hill, 1979.
- GANNON, W. *The effects of the gestalt - oriented group approach on the interpersonal contact attitudes of selected high school students*. Unpublished doctoral dissertation, Case Western Reserve University, 1972.
- HANSEN, J. C., STEVIC, R. R., & WARE, R. W., JR. *Counseling: Theory and process*. (3rd ed.) Boston: Allyn & Bacon, 1982, Chap. 7.
- KOGON, J. The genius of gestalt therapy. In C. Hatcher & P. Himmelstein (Eds.), *The handbook of gestalt therapy*. New York: Jason Aronson, 1976.
- LEVIN, L. S., & SHEPHERD, I. L. The role of the therapist in gestalt therapy. *The Counseling Psychologist*, 1974, 4 (4), 27-30.
- LEVITSKY, A., & PERLS, F. S. The rules and games of gestalt therapy. In J. Fagen & I. L. Shepherd (Eds.), *Gestalt therapy now*. Palo Alto, CA.: Science & Behavior Books, 1970.
- LIEBERMAN, M., YALOM, I. D., & MILES, M. B. *Encounter groups: First facts*. New York: Basic Books, 1973.
- McLUHAN, M., & FIORE, Q. *The medium is the message*. New York: Bantam Books, 1967.
- PASSONS, W. R. *Gestalt approaches in counseling*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1975.
- PATTERSON, C. H. *Theories of counseling and psychotherapy* (3rd ed.). New York: Harper & Row, 1980, Chap. 12.
- PERLS, F. S. *Ego hunger and aggression*. New York: Random House, 1969a.
- PERLS, F. S. *Gestalt therapy verbatim*. Moab, UT.: Real People Press, 1969b.
- PERLS, F. S. *In and out of the garbage pail*. Moab, UT.: Real People Press, 1969c.
- PERLS, F. S., HEFFERLINE, R. F., & GOODMAN, P. *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. New York: Julian Press, 1951.
- RADER, G. E. Gestalt therapy. In D. C. Rimm & J. W. Somerville (Eds.), *Abnormal psychology*. New York: Academic Press, 1977.
- SHEPHERD, I. L. Limitations and cautions in the gestalt approach. In J. Fagen & I. L. Shepherd (Eds.), *Gestalt therapy now*. Palo Alto, CA.: Science & Behavior Books, 1970.
- SIMKIN, J. Mary: A session with a passive patient. In I. J. Fagen & I. L. Shepherd (Eds.), *Gestalt therapy now*. Palo Alto, CA.: Science & Behavior Books, 1970.
- STEWART, R. D. The philosophical background of gestalt therapy. *The Counseling psychologist*, 1974, 4 (4), 13-14.
- WARD, P., & ROUZER, D. L. The nature of pathological functioning from a gestalt perspective. *The Counseling Psychologist*, 1974, 4 (4), 24-27.

## فصل نهم

- BARRETT, LENNARD. G. T., *Dimensions of the client's experience of his therapist associated with personality change*. Unpublished doctoral dissertation. University of Chicago, 1959.
- BARRETT, LENNARD. C. T., Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs*, 1962, 76, (43, Whole No. 562).
- BERGIN, A. E. The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Counseling Psychology*, 1963, 10, 244-255.
- BERGIN, A. E. Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 1966, 71, 235-246.
- CARKHUFF, R. R., & BERENSON, B. G. *Beyond counseling and therapy*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1967, Chap. 7.
- EVANS, R. I. *Carl Rogers: The man and his ideas*. New York: E. P. Dutton and Company, 1975.
- GARFIELD, S., & BERGIN, A. E. Personal therapy, therapy outcome, and some therapist variables. *Psychotherapy Theory and Practice*, 1971, & 251-253.
- GRUMMON, D.L. Client -centered theory. In H.M.. Burks & B. Steffle, *Theories of counseling* (3rd ed.). New York: McGraw - Hill, 1979.
- HALKIDES, G. *An experimental study of four conditions necessary for therapeutic change*. Unpublished doctoral dissertation. University of Chicago, 1958.
- HANSEN, J. C., STEVIC. R. R., & WARNER, R. W., JR. *Counseling: Theory and process* (3rd ed.) Boston: Allyn & Bacon, 1982, Chap. 6.
- HARREN, V. A. The client - centered theory of personality and therapy. In D. C. Rimm & J. W. Somervill, *Abnormal psychology*. New York: Academic Press, 1977, Chap. 17.
- HOGAN, R. *The development of a measure of client defensiveness in the counseling relationship*. Unpublished doctoral dissertation. University of Chicago, 1948.
- HOLDSTOCK, T. L., & ROGERS, C. R. Person-centered theory. In R. Corsini (Ed.), *Current personality theories*. Itasca, IL: F.E. Peacock, Publishers, 1977, Chap. 4.
- HOLLIS, J. W., & WANTZ, R. A. *Counselor preparation*, 1980: Programs, personnel, trends (4th ed.). Muncie, Ind.: Accelerated Development Press, 1980.
- KIRSCHENBAUM, H. *On becoming Carl Rogers*. New York: Dell, 1979.
- KURTZ, R. R., & GRUMMON, D. L. Different approaches to the measurement of therapist empathy and their relationship to therapy outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1972, 39, 106-115.
- MATARAZZO, R. G. Research on the teaching and learning of psychotherapeutic skills. In S. L. Garfield & A. E. Bergin, *Handbook of Psychotherapy and Behavior*

- Change* (2 nd ed.). New York: John Wiley & Sons, 1978.
- MEADOR, B., & ROGERS. C. R. Client - centered therapy. In R. Corsini (Ed.). *Current psychotherapies*. Itasca, IL: F. E. Peacock, Publishers, 1973, Chap. 4.
- PATTERSON, C. H. *Theories of conseling and psychotherapy* (3rd ed). New York: Harper & Row, 1980, Chap. 13.
- PRICE, R. H. *Abnormal behavior: Perspectives in conflict*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1972.
- RASKIN, N. J. An analysis of six parallel studies of the therapeutic process. *Journal of Consulting Psychology*, 1949, 13, 206-220.
- PASKIN, N. J. *Studies of therapeutic orientation: Ideology and practice*. Orlando, Fla.: American Academy of Psychotherapists, 1974.
- ROGERS, C. R. *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin Co., 1942.
- ROGERS, C. R., *Client - centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin, 1951.
- ROGERS, C. R. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client - centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science* (Vol 3). New York: McGraw - Hill, 1959.
- ROGERS, C. R. *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin, 1961.
- ROGERS, C. R. Client - centered psychotherapy. In A. M. Freedman & H. I. Kaplan (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: The Williams and Wilkins Compar-y, 1967.
- ROGERS, C. R. *Freedom to learn*. Columbus, OH: Charles E. Merrill, 1969.
- ROGERS, C. R., & DYMOND. R. F. Eds. *Psychotherapy and personality change: Coordinated studies in the client - centered approach*. Chicago: The University of Chicago Press, 1954.
- ROGERS, C. R., GENDLIN, E. T., KIESLER, D. V., & TRUAX, C. B. *The psychotherapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy of schizophrenics*. Madison, WI: The University of Wisconsin Press, 1967.
- TRUAX, C. B., Effective ingredients of psychotherapy: An approach to unravelling the patient - therapist interaction. *Journal of Counseling Psychology*, 1963, 16, 256-263.
- TRUAX, C. B., & CARKHUFF, R. R. Personality change in hospitalized mental patients during group psychotherapy as a function of the use of alternate sessions and vicarious therapy pretraining. *Journal of Clinical Psychology*, 1965, 21, 327-329.
- TRUAX, C. B., & CARKHUFF, R.R. *Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice*. Chicago: Aldine, 1967.
- TRUAX, C. B., & MITCHELL, K. M. Research on certain therapist interpersonal skills in

relation to process and outcome. In A. E. Bergin & S. Garfield, (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons, 1971.

TRUAX, C. B., WARGO, D., FRANK, J. D., IMBER, S. D., BATTLE, C. C., HOENSARIC, R., NASH, E. H., & STONE, A. R. Therapist empathy, genuineness, and warmth and patient therapeutic outcome. *Journal of Consulting Psychology*, 1966, 30, 395-401.

### فصل دهم

ALDEN, J. Evaluation in focus. *Training and Development Journal*, Oct., 1978, 46-50.

ALEXIK, M., & CARKHUFF, R. R. The effects of manipulation of client self-exploration upon high - and low - functioning counselors. *Journal of Clinical Psychology*, 1967, 23, 210-212.

ANTHONY, W. A., BUELL, G. J., SHARRAT, S., & ALTHOFF, M. E. Efficacy of psychiatric rehabilitation. *Psychological Bulletin*, 1972, 78, 447-456.

ANTHONY, W. A., COHEN, M. R., & VITALO, R. The measurement of rehabilitation outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 1978, 4, 365-383.

ASPY, D. N. The effect of teacher-offered conditions of empathy, positive regard, and congruence upon student achievement. *Florida Journal of Educational Research*, 1969, 11, 39-48.

AUTHIER, J., GUSTAFSON, K., GUERNEY, B., & KRASDORF, J. A. The psychological practitioner as teacher. *Counseling psychologist*, 1975, 5 (2), 31-50.

BAKER, L. I. *Listening behavior*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice - Hall, 1971.

BERENSON, B. G. (ED.). *Belly to belly, back to back: The militant humanism of Robert R. Carkhuff*. Amherst, MA: Human Resource Development Press, 1975.

BERENSON, B. G., & MITCHELL, K. M. *Confrontation: For better or worse*. Amherst, MA: Human Resource Development Press, 1974.

BERENSON, D. H., BERENSON, S. R., BERENSON, B. G., CARKHUFF, R. R. GRIFFITH, A. H., & RANSOM, B. M. The physical, emotional, and intellectual effects of teaching learning skills to minority group drop - out learners Research Reports, Carkhuff Institute of Human Technology, 1978, 1 (3).

BUCKER, L. Joint effect of feedback and goal setting on performance: A field study of residential energy conservation. *Journal of Applied Psychology*, 1978, 63, 428-433.

CABUSH, D. W., & EDWARDS, J. J. Training clients to help themselves: Outcome effects of training college students in facilitative self - responding. *Journal of Counseling Psychology*, 1976, 23, 34-39.

CANNON, J. R., & PIERCE, R. M. Order effects in the experimental manipulation of therapeutic conditions. *Journal of Clinical Psychology*, 1968, 24, 242-244.

- CARKHUFF, R. R. *Helping and human relations: A primer for lay and professional helpers* (2 vols.). New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1969.
- CARKHUFF, R. R. Personal communication, November, 1978.
- CARKHUFF, R. R. *The art of helping IV*. Amherst, MA: Human Resource Development Press, 1980.
- CARKHUFF, R. R. *A human technology for human systems in education*. Keynote address to Phi Delta Kappa convention, University of Minnesota, July 11, 1980.
- CARKHUFF, R. R. *Toward actualizing human potential*. Amherst, MA: Human Resource Development Press, 1981.
- CARKHUFF, R. R. Personal communication, April 28, 1982.
- CARKHUFF, R. R., & ALEXIK, M. The differential effects of the manipulation of client self - exploration upon high - and low - functioning counselors. *Journal of Counseling Psychology*, 1967, 14, 350-355.
- CARKHUFF, R. R., & ANTHONY, W. A. *The skills of helping: An introduction to counseling skills*. Amherst, MA: Human Resource Development Press, 1979.
- CARKHUFF, R. R., & BANKS, G. Training as a preferred mode of facilitating relations between races and generations. *Journal of Counseling Psychology*, 1970, 17, 413-418.
- CARKHUFF, R. R., & BERENSON, B. G. *Teaching as treatment: An introduction to counseling and psychotherapy*. Amherst, MA: Human Resource Development Press, 1976.
- CARKHUFF, R. R., & BERENSON, B. G. *Beyond counseling and therapy* (2nd ed.). New York: Holt, Rinehart & Winston, 1977.
- CARKHUFF, R. R., & BIERMAN, R. Training as a preferred mode of treatment of parents of emotionally disturbed children. *Journal of Counseling Psychology*, 1970, 17, 157-161.
- CARKHUFF, R. R., & PIERCE, R. M. *The art of helping III: Trainer's guide*. Amherst, MA: Human Resource Development Press, 1977.
- COLLINGWOOD, T. R., DOUDS, A., WILLIAMS, H., & WILSON, R. D. *Developing youth resources*. Amherst, MA: Carkhuff Institute of Human Technology, 1978.
- FLOWERS, J. Goal clarity as a component of assertive behavior and a result of assertion training. *Journal of Clinical Psychology*, 1978, 34, 744-747.
- FLOWERS, J., & GOLDMAN, R. Assertion training for mental health paraprofessionals. *Journal of Counseling Psychology*, 1976, 23, 147-150.
- FRIEL, T. *Education and career exploration system: The development of a systematic computer - based, career guidance program*. New York: International Business Machines Corporation, 1972.
- GENTHER, R. W., & MOUGHAN, J. Introverts' and extroverts' responses to nonverbal

- attending behavior. *Journal of Counseling Psychology*, 1977, 24, 144-146.
- HOLDER, B.T., CARKHUFF, R. R., & BERENSON, B. G. The differential effects of the manipulation of therapeutic conditions upon high - and low - functioning clients. *Journal of Counseling Psychology*, 1967, 14, 63-66.
- IVEY, A. The counselor as teacher. *Personnel and Guidance Journal*, 1976, 54, 431-434.
- LAMBERT, M.J., & DE JULIO, S. S. Outcome research in Carkhuff's Human Resource Development training programs: Where in the donut? *The Counseling Psychologist*, 1977; 6 (4), 79-86.
- LATHAM, G., & RINNE, S. Improving job performance through training in goal setting. *Journal of Applied Psychology*, 1974, 59, 187-191.
- LEVITT, E. E. Psychotherapy with children: A further evaluation. *Behavior Research and Therapy*, 1963, 1, 45-51.
- LEWIS, W. W. Continuity and intervention in emotional disturbance: A review. *Exceptional Children*, 1965, 31, 465-475.
- MEGATHLIN, W., & PORTER, T. *The effects of facilitative training provided correctional officers stationed at the Atlanta Federal Penitentiary*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, 1969.
- MEHRABIAN, A. *Nonverbal communication*. New York: Aldine-Atherton, 1972.
- PIAGET, G., BERENSON, B. G., & CARKHUFF, R. R. The differential effects of the manipulation of therapeutic conditions by high and low - functioning counselors upon high - and low - functioning clients. *Journal of Consulting Psychology*, 1967, 31, 481- 486.
- PIERCE, R. R., CARKHUFF, R. R., & BERENSON, B. G. The differential effects of high - and low - functioning counselors. *Journal of Clinical Psychology*, 1967, 23, 212-215.
- PIERCE, R. M., & DRASGOW, J. Teaching facilitative interpersonal functioning to psychiatric inpatients. *Journal of Counseling Psychology*, 1969, 16, 295-298.
- REED, S., ROBERTS, M., & FOREHAND, R. Evaluation of effectiveness of standardized parent training programs in altering the interaction of mothers and noncompliant children. *Behavior Modification*, 1977, 1, 323-350.
- ROGERS, C. R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 1957, 22, 95-103.
- ROGERS, C. R., GENDLIN, E. T., KIESLER, D., & TRUAX, C. B. *The therapeutic relationship and its impact*. Madison, WI: The University of Wisconsin Press, 1967.
- SHILLING, L. E. *The differential effects of two small - group training procedures on the acquisition of interpersonal communication skills and the extinction of*



- interpersonal anxiety*. Unpublished doctoral dissertation. The University of Georgia, Athens, Georgia, 1970.
- SHILLING, L. E. Implementing humane technology: Short-term training for teachers. *Journal of Educational Research*, 1976, 69, 193-198.
- SMITH, D. L. Goal attainment scaling as an adjunct of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 1976, 23, 22-27.
- SPRINTHALL, N., & MOSHER, R. L. Psychological education: A means to promote personal development during adolescence. *The Counseling Psychologist*, 1971, 2 (4), 3-84.
- TRUAX, C. B., & CARKHUFF, R. R. *Toward effective counseling and psychotherapy*, Chicago: Aldine, 1967.
- VALLE, S. K., & MARIENALLI, R. P. Training in human relation skills as a preferred mode of treatment for married couples. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 1975, 1, 359-365.
- VITALO, R. Teaching improved interpersonal functioning as a preferred treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 1971, 27, 166-170.
- WALKER, R. A. The ninth panacea: Program evaluation. *Evaluation*, 1972, 1(1), 45-53.
- WILLER, B., & MILLER, G. On the relationship of client satisfaction to client characteristics and outcome of treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 1978, 34, 157-160.